

(Travail du Service de M. le Docteur Brodin)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

30

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges-Jean-Louis GIRAUD

Né le 28 octobre 1909, à Hazebrouck (Nord)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LES SPASMES DUODÉNAUX

DANS

L'APPENDICITE CHRONIQUE

ET LES

INFLAMMATIONS DU COLON DROIT

Président : M. FIESSINGER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

(Travail du Service de M. le Docteur Brodin)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges-Jean-Louis GIRAUD

Né le 28 octobre 1909, à Hazebrouck (Nord)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LES SPASMES DUODÉNAUX

DANS

L'APPENDICITE CHRONIQUE

ET LES

INFLAMMATIONS DU COLON DROIT

Président : M. FIESSINGER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	FANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	BEZANÇON.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	N.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOCQUOT.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUÉNU.	
HARVIER.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.			
ÉCALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LOUIS GIRAUD

Ingénieur E. C. P.
Inspecteur de l'Exploitation à la Compagnie du Nord
Mort pour la France le 11 juin 1917
à Armentières (Nord).

A MA MÈRE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

- 1927-1928. M. LE PROFESSEUR HARTMANN
1928. M. LE PROFESSEUR BEZANÇON
M. LE DOCTEUR MONIER-VINARD

Externat :

1929. M. LE DOCTEUR SAUVÉ
1930. M. LE DOCTEUR FEUILLIÉ (*in memoriam*)
1931. M. LE DOCTEUR MARQUÉZY
1932-1933. M. LE DOCTEUR BRODIN
1933-1934. M. LE DOCTEUR MOUQUIN
M. LE PROFESSEUR ACHARD
M. LE DOCTEUR ECALLE
1934. M. LE DOCTEUR MÉNÉGAUX

A M. LE DOCTEUR COSTE

Médecin des Hôpitaux

A MADAME TEDESCO

Assistante de Radiologie à l'Hôpital des Ménages

A M. LE DOCTEUR POUMAILLOUX

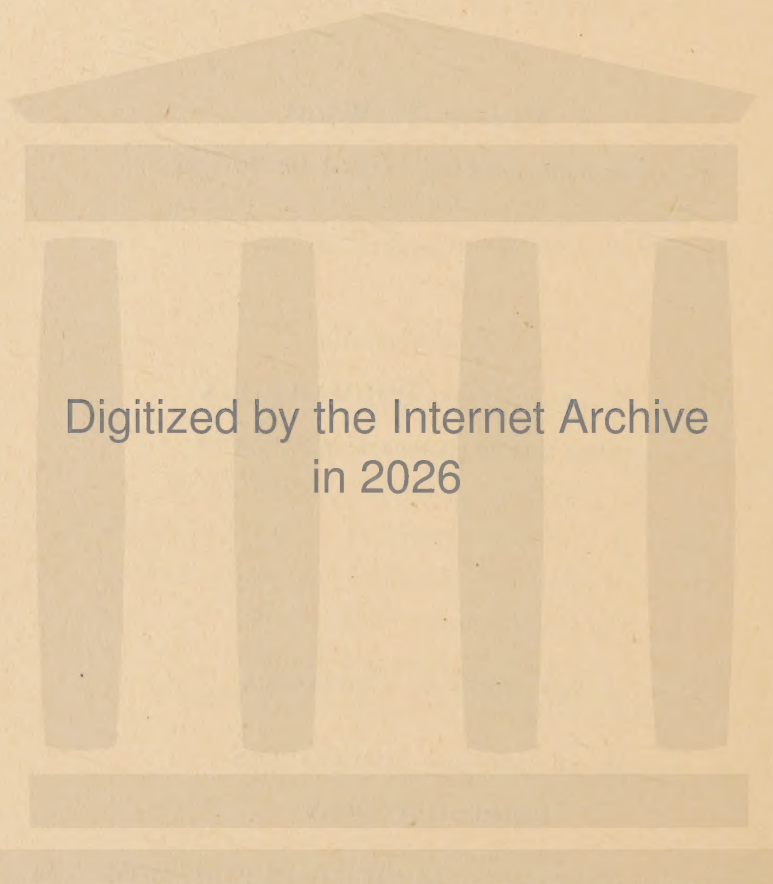
Ancien chef de clinique de la Faculté

A MES CHEFS DE CONFÉRENCE

M. LE DOCTEUR BOURGEOIS

Médecin des Hôpitaux

MM. LES DOCTEURS BARON, ALIBERT, PUECH, BOMPART,
LUZUY, BERGOUIGNAN, SCHWOB.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES SPASMES DUODÉNAUX DANS L'APPENDICITE CHRONIQUE ET LES INFLAMMATIONS DU COLON DROIT

Introduction et Historique.

Si les signes gastriques de l'appendicite chronique sont connus depuis très longtemps, il semble que l'étude du retentissement sur le duodénum de cette affection soit de date plus récente. Sans doute, en 1905 Mayo, Moynihan, en 1910 Ewald, signalent la coexistence d'ulcus du bulbe et d'appendicite. En 1906, Walther décrit les épiploïtes d'origine appendiculaire, pouvant s'étendre jusqu'au duodénum.

En réalité, c'est beaucoup plus tard que ces lésions et les troubles fonctionnels qu'elles comportent sont précisés. Enriquez en 1920, Faroy, Baumann, Lemaire, en 1924, Carnot et ses élèves en 1923-1926 décrivent, parmi les périviscérités appendiculaires, la périoduodénite avec ses signes cliniques et radiologiques.

Mais c'est surtout Basset qui, en 1925, avec observations à l'appui, en montre l'importance et en étudie le mécanisme. Depuis, les travaux se sont multipliés sur cette question. Terris en 1925, Guichené et surtout de Vadder en 1928, décrivant les sténoses incomplètes du duodénum, notent la fréquence dans leur étiologie de l'inflammation du côlon et de l'appendice.

Lyon en 1925, Trémolières et Salmon en 1927 signalent parmi les signes indirects de l'appendicite, un spasme de la 2^e portion du duodénum, entre le genu superius et le genu inferius comme particulièrement fréquent « presque constant ».

nature de leurs rapports avec les lésions du carrefour inférieur ;

5° Enfin, nous discuterons les problèmes de diagnostic différentiel qu'ils soulèvent, leur valeur séméiologique pour le diagnostic des inflammations de l'appendice et du côlon droit, les indications thérapeutiques qui peuvent en découler.

CHAPITRE I

Importance des signes cliniques gastro-duodénaux dans la dyspepsie appendiculaire.

L'appendicite chronique se manifeste cliniquement par des symptômes très nombreux et variés, mais qui sont avant tout, des signes d'emprunt. Ils traduisent le retentissement de cette affection sur tous les segments du tube digestif ; ceux-ci à leur tour réagissent sur les différents organes de l'économie, sur l'état général ; l'élément appendiculaire propre restant souvent très effacé.

Si l'on analyse cette symptomatologie si diverse, si polymorphe, on est frappé par l'importance très grande des signes gastriques et duodénaux.

- Ce sont eux qui amènent le malade à consulter ;
- Ce sont eux qui, à tous moments de l'évolution dominant le tableau clinique, ou le constituent à eux seuls.

C'est ce que nous voudrions montrer dans ce chapitre en revoyant rapidement un à un les principaux signes de la dyspepsie appendiculaire.

I. — C'est tout d'abord *la douleur*. Elle peut revêtir plusieurs aspects :

- α) sensation de pesanteur post-prandiale, lourdeur épigastrique, sans douleur vraie, sans irradiation particulière, évoluant irrégulièrement ou de façon continue ;
- β) Douleur vraie, épigastrique, à type de brûlure, à irradiations variables, ayant surtout comme caractère d'être tardive, 4 à 5 heures après les repas, et d'être calmée par

l'ingestion d'aliments : douleur à type de faim douloureuse.

Une telle douleur se rencontre fréquemment dans les affections duodénales. « Elle est caractéristique d'un vice de fonctionnement de la région pyloro-duodénale (Soupault et Hartmann). Sa cessation correspond à la reprise des contractions, à la reprise normale de l'évacuation » (Binet et Durand) (cités par Le Noir et Beloux).

II. — *Les vomissements*, fréquents, plus ou moins réguliers parfois teintés de bile.

III. — *Les nausées* surtout, beaucoup plus caractéristiques permanentes ou intermittentes, survenant : le matin au réveil, après les repas, ou au cours d'une crise douloureuse, ou encore, réveillées par la pression de la fosse iliaque droite.

IV. — *Les troubles de l'état général*, d'intensité variable : parfois à peine ébauchés, plus souvent très prononcés, dominant le tableau digestif qui reste au second plan. Ce sont :

- une asthénie physique et psychique, une torpeur intellectuelle ;
- un amaigrissement progressif ;
- de la pâleur ;
- de la céphalée continue ou des migraines éclatant par crises.

Parmi ces symptômes généraux, certains : pâleur, vertiges, nausées sont attribués à un état de vagotonie appendiculaire dont la pathogénie reste obscure.

D'autres correspondent exactement aux troubles provoqués par une stase duodénale. Tels sont : l'amaigrissement, les migraines. Celles-ci revêtent le type des migraines duodénales décrites par Duval et Roux. Elles se manifestent par crises, parfois en même temps qu'une crise douloureuse et l'une et l'autre se terminent par un vomissement bilieux et une selle diarrhérique ; ou bien, elles apparaissent isolément avec vomis-

sements ; ou bien encore évoluent par longues poussées coupées de rémissions. Duval et Roux ont bien insisté sur ces symptômes, montrant qu'ils représentent un "syndrome toxique relevant d'une stagnation momentanée du contenu duodénal avec résorption d'éléments toxiques.

L'existence de tels accidents au cours de la dyspepsie appendiculaire témoigne donc d'un trouble de l'évacuation duodénale.

V. — Il existe encore *des signes intestinaux* qui orientent davantage le diagnostic.

- de la constipation alternant avec la diarrhée, débâcles de selles glaireuses, où l'on retrouve des débris alimentaires mal digérés et quelquefois un peu de sang — signes de cõlité associée ;
- une constipation opiniâtre, évoluant par crises, résistant aux laxatifs ; ce caractère affirme pour certains une origine duodénale ;
- des crises de diarrhée, ayant parfois le type de la diarrhée post-prandiale tardive, marquée par un besoin subit et pressant avec évacuation liquide très colorée et sensation de cuisson à l'anus. Cette diarrhée, attribuée habituellement à l'émission abondante de bile dans le duodénum, peut aussi être interprétée comme résultant de la cessation brusque d'un spasme, vidant le contenu du duodénum dans l'intestin.

Tels sont les principaux symptômes qui composent le tableau clinique de la dyspepsie appendiculaire. Il est bien certain qu'ils ne se voient pas tous chez un même malade. Rien n'est plus variable que leur aspect ou leur groupement.

1^o Parfois un seul d'entre eux représente toute la maladie : une douleur évoluant depuis longtemps de siège, d'horaire, de caractère, d'irradiations atypiques — des nausées — un amaigrissement — un état migraineux apparemment inexpliqué.

2^o Parfois la réunion de quelques-uns donne lieu aux formes cliniques rencontrées habituellement :

- dyspepsie hypersthénique où domine l'élément douloureux avec nausées et vomissements ;

— dyspepsie hyposthénique où l'atteinte de l'état général est, au contraire, au premier plan.

3° Quelquefois enfin, leur groupement, leur caractère périodique peut simuler :

- un ulcère, à cause de crises douloureuses journalières pendant 15 jours-1 mois séparées par de longues périodes de bonne santé ;
- une cholécystite chronique, à cause de petites crises avec siège atypique de la douleur sous le rebord costal droit, de nausées, d'un peu de subictère.

Si l'aspect des symptômes ainsi décrits est des plus variables, leur évolution ne l'est pas moins :

- soit par poussées, comme nous l'avons dit ;
- plus souvent installés à l'état permanent, ils restent de longues années stationnaires ou vont lentement en progressant.

VI. — Dans ce tableau de troubles dyspeptiques, où l'on voit combien est grande l'importance des signes gastriques, l'*élément appendiculaire* apparaît plus ou moins :

- 1° parfois sous forme de crises aiguës dans les antécédents ;
- 2° plus souvent sous forme d'épisodes subaigus, avec douleur et pesanteur dans la fosse iliaque droite, attirant l'attention sur l'appendice. Ces signes locaux apparaissent en même temps que les troubles gastriques ou alternent avec eux ;
- 3° dans certains cas, la note appendiculaire n'est donnée que par des troubles intestinaux d'allure banale : crises d'entéro-côlite ; indigestions à répétition ;
- 4° parfois enfin, les signes gastriques apparaissent isolés, et semblent évoluer comme une affection gastrique ou duodénale pure.

VII. — *L'étude des symptômes objectifs* fournis par l'examen clinique du malade, confirme le retentissement gastro-duodénal

de l'appendicite qu'avaient pu faire prévoir les signes fonctionnels subjectifs.

α) Sans doute, c'est au niveau de la fosse iliaque droite que l'on doit s'attendre à trouver les signes les plus caractéristiques de l'appendicite chronique. Nous passons sous silence la plupart de ceux qui ont été décrits : quelques-uns, certes, peuvent être précieux, mais ils ne nous semblent ni constants, ni propres à l'appendicite. Nous ne retenons que le point douloureux à la pression de la zone de Mac Burney, retrouvé en toutes positions, s'abaissant en position debout.

Il doit être distingué d'une douleur anxieuse chez la femme, et surtout d'une hyperesthésie cœcale par inflammation du côlon droit. Dans ce cas, on trouve une douleur plus diffuse, s'étendant le long du côlon ascendant, et du gargouillement cœcal. L'association fréquente des deux affections rend le diagnostic plus délicat. Dans la pratique, on revoit plusieurs fois le malade, et la persistance d'un point douloureux localisé, malgré un traitement de la cœlite, reste le meilleur signe clinique appendiculaire. Mais il est lui-même inconstant (en cas d'appendicite rétro-cœcale notamment), intermittent, et, comme on vient de le voir, d'interprétation parfois délicate.

β) L'examen clinique montre l'association à ce point douloureux, de signes objectifs gastro-duodénaux. Ce sont :

- une douleur à la palpation de l'épigastre, point coeliaque parfois très vif, mais sans aucun caractère diagnostique ;
- un point para-ombilical droit, de Lenoir et Brodin, situé à trois travers de doigt de l'ombilic au bord externe du grand droit, retrouvé en toutes positions, sur le malade couché et debout, souvent plus net dans cette attitude. Ce point douloureux, véritable signature d'une souffrance pyloro-duodénale et, à ce titre commun à d'autres affections du carrefour, est un nouveau témoignage de l'atteinte de cette région au cours de l'appendicite. Parfois associé à un point appendiculaire, il est quelquefois plus marqué que celui-ci, et d'autres fois il constitue le seul signe d'examen.

Nous pouvons donc conclure de l'ensemble de ces faits, par

l'étude clinique de la dyspepsie appendiculaire, que la plupart des éléments qui la constituent, tant subjectifs qu'objectifs, sont des signes gastriques et duodénaux, faisant prévoir des troubles du fonctionnement de ces organes. Il appartient à l'examen radiologique de déterminer le degré et la nature de ces troubles.

CHAPITRE II

Fréquence des signes radiologiques gastro-duodénaux dans l'appendicite chronique.

Chez les malades se plaignant des troubles dyspeptiques que nous avons signalés, l'examen radiologique s'impose ; il est le temps essentiel du diagnostic. Mais il importe de faire un transit digestif complet qui, seul, permettra de rattacher à leur cause les signes observés au niveau des voies digestives supérieures. C'est en pratiquant cette méthode que nous avons été amené à constater l'importance diagnostique des signes duodénaux.

Le malade est examiné sous écran, à jeun depuis la veille. On observe le remplissage et l'évacuation de l'estomac, puis du duodénum. Le malade est revu vers la fin de l'après-midi, environ 7 heures après le premier examen. On note alors le degré de remplissage du cæcum et du côlon ascendant.

Un nouvel examen est pratiqué le lendemain et, si besoin est, le surlendemain. L'injection du gros intestin et son évacuation sont ainsi surveillés successivement.

Cet examen va montrer, qu'aux signes appendiculaires constatés, s'ajoutent des troubles d'évacuation au niveau des autres portions du tube digestif, plus particulièrement des voies digestives supérieures. Ceux-ci correspondent aux signes fonctionnels qui ont amené le malade à consulter.

Nous pouvons donc étudier ainsi successivement :

- 1° les signes appendiculaires directs ;
- 2° le retentissement de l'appendicite sur les divers segments du tube digestif à savoir :

- retentissement colique ;
- retentissement gastrique ;
- réaction duodénale.

I. — SIGNES APPENDICULAIRES ET COLIQUES.

1° Au niveau du carrefour inférieur, le symptôme essentiel est constitué par l'existence d'un point douloureux : sur l'appendice quand il est visible ou au bord interne du cæcum, sous l'abouchement iléo-cæcal. Il correspond au point douloureux trouvé à l'examen clinique.

Pour avoir toute sa valeur, il doit être fixe par rapport au cæcum et se déplacer avec lui dans les changements de position du malade.

Mais ce signe, de beaucoup le meilleur, est inconstant (appendicite rétro-cæcale) ou d'interprétation délicate, difficile à distinguer d'autres points douloureux cæcaux.

2° Au niveau du côlon, on observe des signes d'emprunt :

— Accélération du transit colique coïncidant avec une stase cæcale, et persistance de la baryte dans le cæcum le lendemain de l'examen, alors que le reste de la baryte occupe le côlon gauche et le rectum, ou même que tout l'intestin est évacué.

— De même, les signes réunis par Jacquet et Gally sous le nom de « syndrome radiologique indirect » de l'appendicite, prennent dans certains cas une grande valeur. Ils consistent en :

- a) retard de l'évacuation de l'iléon (les causes d'erreurs, liées à une gêne mécanique plus haut située, étant éliminées) ;
- b) surtout, hypertonie segmentaire de l'intestin ;
- c) spasme segmentaire du cæcum et de l'ascendant traduit à l'écran par des bosselures et incisures très nombreuses de l'ascendant ;
- d) accélération du transit colique, que nous avons déjà signalée.

Tous ces symptômes sont la manifestation de la réaction de l'appendicite sur le côlon. Isolés, ils traduisent aussi l'inflam-

mation du côlon droit qui occasionne également des signes à distance gastro-duodénaux.

Ce sont là les principaux signes radiologiques locaux de l'appendicite chronique et de la colite droite, signes locaux qui forment le « pivot du diagnostic » (Maingot) des troubles pyloriques et duodénaux observés. Ils sont retrouvés dans la plupart de nos observations.

II. — SIGNES GASTRIQUES.

L'observation radiologique du carrefour inférieur, si elle montre les signes essentiels au diagnostic d'appendicite chronique, n'est pas suffisante. Elle est en effet impuissante à expliquer les troubles dyspeptiques dont se plaignent les malades, et où dominant, comme nous l'avons vu, les signes de souffrance de l'estomac et du duodénum.

L'exploration des voies digestives supérieures permet de constater, de façon objective, ce retentissement à distance.

Du côté de l'estomac, il se manifeste par tout un ensemble de signes qui décelent l'irritation de cet organe et dont la conséquence est un retard d'évacuation.

1^o Une hypersécrétion, marquée radiologiquement par un liquide de stase à jeun, et, au moment où la baryte pénètre dans l'estomac, par une chute en neige de celle-ci sur les parois gastriques.

2^o Un spasme du pylore, avec contractions irrégulières violentes forçant par surprise le canal pylorique, alternant avec des périodes d'atonie et de repos. Parfois même, une ébauche de dilatation de l'antrum prépylorique annonce une sténose commençante.

3^o Un retard parfois considérable de l'évacuation résulte de ces lésions. 10-15 heures après l'ingestion, il persiste encore de la baryte dans le bas-fond gastrique. Dans certains cas, ce retard entraîne une stase iléale : syndrome gastro-iléal, décrit par Enriquez, caractéristique du « pylorisme ».

4^o Enfin, très inconstamment, un point douloureux coeliaque est retrouvé sous écran.

Les troubles fonctionnels de l'estomac que l'on constate ainsi à la radioscopie ne sont pas, par eux-mêmes, caractéristiques des affections du carrefour iléo-cæcal. Toute cause d'irritation voisine ou à distance peut les provoquer.

Cependant leur fréquence dans l'appendicite, comme dans l'inflammation du côlon droit est indiscutable. L'explication de ce fait nous paraît devoir être recherchée au niveau du duodénum, où le transit digestif complet va faire apparaître des troubles importants de l'évacuation.

CHAPITRE III

Importance de l'examen du duodénum dans la radiologie de l'appendicite chronique. Les spasmes duodénaux.

Les réactions duodénales de l'appendicite chronique et des inflammations du côlon droit, dont la description radiologique fait l'objet de ce chapitre, ne sont pas absolument constantes. Elles sont néanmoins très fréquentes et très importantes ; importantes parce qu'elles sont à l'origine : des troubles gastriques que nous venons de voir, de certains signes propres de la dyspepsie appendiculaire, et enfin des difficultés de diagnostic entre l'appendicite et les affections du carrefour supérieur.

Pour les mettre en évidence, il importe d'observer le duodénum sous écran : ses parois, sa motilité, son évacuation, pendant un assez long temps, en faisant changer de position le malade, en l'examinant debout, couché, et, au besoin, en décubitus ventral.

I. — *Normalement*, la baryte venant du pylore, emplit le bulbe qu'elle dessine sous une forme triangulaire, en chapeau de gendarme. Elle y séjourne 6 à 8 secondes, puis passe dans la partie sous-jacente, genu superius, 2^e portion, genu inferius, et arrive rapidement à l'angle duodéno-jéjunal, ayant traversé ces 3 autres portions en 6 à 12 secondes environ, mais avec un arrêt physiologique en 2 endroits :

- l'un, inconstant, au genu superius.
- l'autre, très court, au genu inferius, dû au sphincter d'Oschner.

Quant aux mouvements du duodénum, on en décrit de trois sortes (Borcesco, Bécélère, Porcher).

- mouvements de brassage des aliments (mouvements pendulaires), véritables contractions rythmiques ;
- mouvements péristaltiques servant à leur progression et leur évacuation.
- mouvements antipéristaltiques dont la signification et l'interprétation sont très discutés. Ils siègent au niveau du bulbe (assez rarement), plus souvent au niveau des autres portions, mais trop rapides et trop isolés pour être normalement visibles à la radio. Leur constatation de façon continue sous écran indique qu'ils sont très exagérés, ils sont alors pathologiques. On peut donc conclure à l'existence d'un trouble de la motilité duodénale à un spasme, lié lui-même aux causes les plus diverses.

II. — *Au cours de l'appendicite chronique*, ce sont ces spasmes que l'examen radiologique met en évidence. Ils sont caractérisés par une contraction de durée variable de la tunique duodénale avec arrêt momentané et gêne du transit au niveau de la zone spasmée. Cet aspect se retrouve :

- 1° au bulbe. Le bulbe se remplit mal. A peine distendu il se contracte avec reflux de la baryte dans l'estomac, tandis qu'une petite partie passe dans le segment sous-jacent. Ou bien le bulbe reste injecté et visible pendant toute l'évacuation.
- 2° au niveau des autres portions, surtout au genu inferius le spasme est plus caractéristique.

La baryte s'arrête au genu inferius à l'union des 2^e et 3^e portions. Cet arrêt est plus ou moins prolongé. Il est suivi du reflux d'une partie de la baryte vers le bulbe, à travers la 2^e portion. Il se produit en même temps, dans cette 2^e portion, une série de mouvements de va-et-vient, liés à la succession de mouvements péristaltiques et antipéristaltiques.

Au bout d'un instant, le spasme cède brusquement; la baryte accumulée au genu inferius, passe dans la 3^e portion et continue

la traversée duodénale sous forme d'une grosse bouchée. Celle-ci résulte de l'accumulation au niveau du point spasmodé, d'une série d'évacuations barytées antérieures.

Ces troubles de l'évacuation duodénale ont encore pour caractères :

- a) de ne pas être modifiés par les manœuvres externes.
- b) ni par les antispasmodiques,
- c) ni par les changements d'attitude du malade. Ils persistent aussi bien en décubitus dorsal et ventral qu'en position verticale.

Ces spasmes duodénaux peuvent être isolés, seuls signes radiologiques constatés au niveau du duodénum. Ou bien, ils accompagnent, et cela surtout dans les cas anciens, d'autres symptômes.

1° *Douleur*, sous écran à la pression du carrefour, correspondant au point para-ombilical droit.

2° *Modifications des parois*, déformations persistantes de toute espèce, découpures fines ou grossières découpant les bords. Elles siègent surtout au bulbe où s'ébauchent parfois une sténose médio-bulbaire, ou existe une attraction vers la droite. Elles siègent moins souvent sur les autres portions, qui présentent aussi des courbures, des rétrécissements. Ces aspects témoignent de la présence d'adhérences. Les spasmes se surajoutent à l'action de celles-ci et augmentent les déformations.

3° *Image de sténose sous-vatérienne avec :*

- distension importante du genu inferius, du deuxième duodénum, parfois de la 3^e portion ;
- mouvements péri et antipéristaltiques violents ;
- important retard de l'évacuation, avec stagnation de la baryte dans le cadre duodénal.

Pour quelques auteurs les spasmes duodénaux traduisent toujours l'existence d'une sténose fonctionnelle. Nous verrons, en étudiant la signification des spasmes, ce qu'il faut en penser.

Retenons simplement, dès maintenant, que le spasme peut se surajouter à la sténose duodénale, provoquant alors les épisodes paroxystiques caractéristiques, mais qu'il peut aussi la simuler. On a signalé les fausses sténoses spasmodiques du duodénum.

Les spasmes duodénaux, tels que nous venons de les décrire, en particulier, l'arrêt de la baryte au genu inferius avec mouvements de va-et-vient dans la 2^e portion, se retrouvent dans toutes nos observations d'appendicite et d'inflammation colique droite.

On peut en conclure qu'il y a un rapport de cause à effet indiscutable entre ces deux ordres de faits.

Des arguments cliniques, radiologiques, évolutifs justifient cette manière de voir.

1. *Arguments cliniques.* — Ils ont été traités et nous n'y revenons pas. Cependant il faut noter qu'il n'y a pas de parallélisme entre les signes radiologiques observés et les troubles fonctionnels dont se plaignent les malades.

C'est ainsi qu'on trouvera ces spasmes chez des dyspeptiques, des malades souffrant de troubles gastriques d'allure la plus banale.

Ou bien, c'est au cours d'un transit digestif complet chez un malade ayant des troubles intestinaux vagues, ou des signes plus nets de la fosse iliaque droite que la radio fera découvrir un retentissement gastrique et duodénal (sous forme des spasmes) qu'aucun signe clinique ne permettait de faire prévoir (obs. nos 1, 2, 10, 11, 15, 20, 25).

2. *Arguments radiologiques.* — Les spasmes duodénaux constatés, s'accompagnent de signes radiologiques appendiculaires qui les rattachent à leur cause. C'est le cas de toutes nos observations.

Cependant, l'absence de ceux-ci, ne doit pas infirmer l'origine appendiculaire du spasme. En effet les signes locaux peuvent être momentanément, très atténués ou même disparus ; les spasmes duodénaux restent le témoin de l'infection appendiculaire ou colique, permanente ou latente.

3. *Arguments évolutifs.* — Si les spasmes duodénaux et avec eux les troubles dyspeptiques disparaissent quand on a traité l'appendicite ou l'inflammation colique, il est facile d'en conclure que celles-ci étaient la cause de ceux-là. Or, chez presque tous les malades qui ont été opérés et que nous avons pu revoir à la radio après l'intervention (un mois après environ) les signes cliniques ont disparu et nous n'avons plus retrouvé les spasmes du duodénum.

Cependant ce n'est pas là un critérium absolu. On sait, en effet, que 30 % des malades ayant eu des troubles gastriques appendiculaires, continuent de souffrir après l'opération, dans les mêmes conditions. On n'élimine pas pour cela l'origine appendiculaire de ces troubles. On incrimine alors, une irritation nerveuse ou parfois la greffe d'un ulcère, mais surtout la persistance d'adhérences périoduodénales. Cette périoduodénite, créée par l'appendicite est devenue une affection locale, évoluant pour son compte, après le traitement de la cause.

C'est ainsi qu'il faut interpréter, dans l'une de nos observations, la persistance d'un spasme duodéal après l'ablation de l'appendice. L'intervention avait montré l'existence de périoduodénite étendue, de grosse péricolite ; l'appendice paraissait avoir été malade anciennement. On avait d'ailleurs constaté chez cette malade 2 mois auparavant un point douloureux appendiculaire net, cliniquement et radiologiquement (obs. n° 8).

La persistance de la gêne de l'évacuation du duodénum est donc ainsi entretenue par une périoduodénite, par une adénopathie périoduodénale. Celles-ci peuvent elles-mêmes être déterminées, après l'appendicectomie par la survivance d'une colite méconnue. Ainsi dans les observations nos 26 et 17, chez 2 malades qui continuaient de souffrir après l'intervention, l'examen radiologique montra l'association d'un spasme duodéal et de stase cæcale douloureuse. Un traitement de cette colite amena au bout d'un mois la disparition des douleurs et du spasme.

* * *

De tout ce qui précède, on peut conclure que l'examen radiologique complet du tube digestif a mis en évidence, au cours des

appendicites chroniques et des colites droites, l'existence de spasmes duodénaux.

On conçoit l'importance de ceux-ci pour l'interprétation des signes cliniques gastro-duodénaux observés, et des troubles de l'évacuation gastrique.

En effet, le duodénum qui représente le carrefour des voies gastriques, hépatiques, pancréatiques, contient les sécrétions de ces organes et les siennes propres. Les mouvements spasmodiques dont il est agité, ont pour résultats de brasser et de faire stagner ce contenu et de favoriser ainsi leur absorption partielle par la muqueuse. Cette absorption de produits en grande partie toxiques, détermine des céphalées, des migraines, les troubles de l'état général, l'asthénie, caractéristiques de la stase duodénale et que l'on rencontre dans l'appendicite chronique.

La cessation brutale du spasme aboutit à l'émission de selles diarrhéiques bilieuses, accompagnées parfois d'un vomissement.

La souffrance duodénale retentit également sur le pylore et l'évacuation gastrique sous les formes que nous avons indiquées.

Ce sont là, les conséquences, tout au moins immédiates des spasmes duodénaux. Nous étudierons dans un chapitre ultérieur les conséquences lointaines. Il convient de retenir que la radiologie, grâce à la pratique du transit digestif complet dans tous les cas de troubles dyspeptiques appendiculaires, en a montré la clé au niveau du duodénum, sous la forme de gêne à l'évacuation avec mouvements de va-et-vient, sous la forme de spasmes.

CHAPITRE IV

Nature des spasmes duodénaux.

Il reste à approfondir la nature, la signification de ce retentissement duodéal, à étudier par quel mécanisme, l'appendicite chronique ou l'inflammation colique droite provoque de telles lésions à distance.

I. — *S'agit-il d'un trouble nerveux, réflexe ?* Le duodénum, comme l'estomac, est sous la dépendance d'un système neurologique formé par le pneumogastrique et le splanchnique et le plexus coeliaque. Il y a une corrélation étroite entre les nerfs duodénaux et ceux des autres segments de l'abdomen.

Terris a montré que, le pneumogastrique innervant tout le tractus intestinal, une excitation en un point quelconque de ce tractus détermine un spasme dans la région située au-dessus de lui.

Ces faits expliqueraient la production de spasmes à distance par voie réflexe.

II. — De nombreux auteurs invoquent un autre mécanisme et mettent en évidence *le rôle primordial de l'infection périoduodénale* à point de départ intestinal et appendiculaire. La propagation de l'inflammation du carrefour inférieur jusqu'au duodénum peut se produire suivant plusieurs modalités.

1° L'extension directe, adhérences péricæcales et péricoliques avec épiploïte et enfin périoduodénite ; lésions persistant après qu'on a traité l'affection initiale et nécessitant parfois des interventions ultérieures.

2^e Plus fréquente nous paraît la propagation par la seule voie lymphatique. Plusieurs auteurs l'ont montré, en étudiant les rapports lymphatiques directs entre l'appendice et le carrefour supérieur.

§) Descamps et Turneseo décrivent les lymphatiques de l'appendice qui vont aux ganglions du meso-appendice. De là, partent des collecteurs, satellites des vaisseaux sanguins, et qui se jettent dans le confluent des côlons droits, situé dans la fosse iliaque droite. De ce groupe, d'autres gros collecteurs conduisent la lymphe au grand confluent portal, après être passés devant la 3^e portion du duodenum, derrière le corps du pancréas.

§) Dan Berceauu montre que les efferents de l'appendice se rendent à des ganglions lymphatiques disposés en trois groupes :

- groupe inférieur, ou ileo-cæcal comprenant des ganglions situés : autour de la base du meso-appendice, dans l'angle cæco-appendiculaire et dans l'épaisseur du meso-appendice.
- groupe moyen, ou mesenterique situé le long des vaisseaux mésentériques.
- groupe supérieur, ou duodeno-pancreatique avec des ganglions dans la région : 3^e duodenum-tête du pancreas.

Derrière le corps du pancreas, des efferents directs de l'appendice s'unissent aux troncs lymphatiques coliques droits qui ont suivi une route analogue.

Il existe donc dans la région duodeno-pancreatique des ganglions auxquels la lymphe appendiculaire peut arriver directement.

γ) Braithwaite décrit un groupe ganglionnaire iléo-colique près de l'artère du même nom. De là, partent des efferents qui croisent la face antérieure de la 3^e portion duodénale et vont se jeter dans le groupe lombaire.

En outre, il existe une voie anormale formée d'efferents du groupe iléo-colique qui, après être passés devant le pancreas, vont aux ganglions du bord interne du 2^e duodenum puis de

D₁. Ces ganglions ne peuvent être envahis que lorsque la voie lombaire normale est obstruée par une adénite ou une lymphangite antérieure.

Par là, Braithwaite diffère de Dan Berceanu pour qui la voie duodéno-gastrique est normale.

2) De Vadder, dans ses travaux sur la stase duodénale chro-



nique, reprend cette question. Il montre qu'il existe deux courants (V. Schéma) :

- un tronc iléal, formé de lymphatiques venant du jéjunon-
iléon et accompagnant la veine mésentérique supérieure.
- un tronc colique droit, formé par 4 groupes de collecteurs.
3 ascendants (appendice, cæcum, fin de l'iléon)
1 descendant (venant du côlon droit).

Ces collecteurs accompagnent les vaisseaux iléo-cæco appendiculo-coliques.

A l'angle iléo-cæcal, se forme, par la réunion de ces 4 courants, un confluent ganglionnaire qui donne naissance au gros tronc colique droit.

Celui-ci se dirige en haut, à gauche, se place sur la face droite de la veine mésentérique supérieure, croise le 3^e duodenum en avant.

Au moment où il aborde la face antérieure du crochet pancréatique, il reçoit les collecteurs de l'angle colique droit et de la moitié droite du côlon transverse (ceux-ci, satellites des vaisseaux coliques droits, ont surcroisé à un niveau variable la 2^e portion duodénale).

Le tronc des lymphatiques iléo-cæco-appendiculaires et ceux du côlon droit, ainsi réunis, se dirigent en haut, en dedans, surcroisent la veine mésentérique supérieure et se joignent aux troncs entéritiques des lymphatiques du grêle.

Le gros collecteur qui en résulte s'insinue entre la veine mésentérique supérieure et l'artère, et gagne la citerne de Pecquet.

On voit donc que, malgré quelques variantes, ces auteurs établissent indiscutablement des rapports directs entre l'appendice et le côlon droit d'une part, et le duodeno-pancreas, d'autre part.

On en peut conclure qu'une infection appendiculaire ou colique retentira sur les ganglions situés autour de D₃ et dans la région duodéno-pancréatique.

Par quel processus, l'adenopathie mésentérique périoduodénale peut-elle déterminer les troubles de l'évacuation du duodenum dans l'appendicite ?

I. *Par périoduodénite.* — C'est la lésion la plus souvent décrite dans ces cas, et celle qui vient immédiatement à l'esprit.

La présence d'adhérences, de brides, plus ou moins épaisses et étendues, déformant les parois, tiraillant le duodenum, rétrécissant son calibre, entraîne des troubles certains du transit

duodénal. Les constatations radiologiques n'ont alors pas d'autre cause.

L'intervention confirme cet état de chose. On découvre de la cellulite localisée autour d'un segment duodénal, ou généralisée au cadre, de la mésentérite voisine, de l'adénopathie.

L'évolution aussi confirme ce diagnostic. En effet, ces adhérences sont le fait de lésions anciennes ne dépendant plus, au moins directement, de la lésion initiale, appendiculaire ou intestinale. Celle-ci peut alors sembler très minime, être purement histologique, ou même avoir complètement disparu, mais la périduodénite à laquelle elle a donné naissance constitue maintenant une affection autonome, évoluant pour son propre compte.

Et le traitement du foyer initial ne suffit plus pour guérir ces manifestations duodénales cliniques et radiologiques. Elles subsistent et l'on doit, dans certains cas, discuter une intervention sur les adhérences périduodénales.

II. Sténoses chroniques. — La périduodénite peut déterminer des sténoses chroniques du duodénum siégeant en un point quelconque, mais plus souvent sous-valériennes. Celles-ci d'ailleurs ont seules une individualité clinique et radiologique.

Pour de Vadder et, après lui, de Beule, il s'agit d'une véritable bride lymphatique. L'infection, dit-il, partit de l'appendice et du côlon droit progresse grâce aux vaisseaux lymphatiques, arrive d'emblée au duodénum ou par étapes successives après avoir franchi les relais ganglionnaires. Elle provoque une lymphangite mésentérique avec adénite et périadénite. A la longue, sous l'influence de poussées répétées, elle transforme le pédicule mésentérique en une corde adhérente au duodénum, corde dont il est impossible de dissocier les éléments, et sous laquelle le doigt peut à peine s'engager.

Et de Vadder, après avoir ainsi montré comment ce tronc lymphatique, qui draine l'appendice et le côlon droit, passe devant D₂ qu'il comprime, en fait la branche antérieure d'une pince lymphatique encerrant le duodénum; la branche postérieure est constituée par le tronc collecteur droit des organes génitaux, passant au bord droit du pédicule mésentérique, derrière D₂.

L'auteur oppose ainsi l'étranglement du 3^e duodénum par une pince lymphatique, à la pince artérielle fréquemment incriminée dans l'étiologie des sténoses duodénales.

III. — *Périduodénite*, sténoses duodénales, ce sont là les 2 ordres de lésions, pouvant expliquer l'existence des troubles de l'évacuation duodénale dans les appendicites chroniques. Mais il faut reconnaître que :

1^o D'une part, les sténoses chroniques s'accompagnent de signes bien particuliers qui peuvent les faire reconnaître radiologiquement : dilatation duodénale très prononcée, retard prolongé de l'évacuation, spasme très violent alternant parfois avec une atonie des parois. Le siège de l'obstacle (bride) peut être découvert.

2^o D'autre part, l'exploration duodénale au cours d'interventions pour spasmes ou appendicite, ne montre bien souvent aucun obstacle important à ce niveau. Wheelon note que sur 77 malades opérés, avec le diagnostic radiologique de sténose duodénale, 16 d'entre eux ne présentaient aucune lésion notable périduodénale au cours de l'intervention.

Il faut alors admettre l'existence de spasmes duodénaux liés à une forme très atténuée de périduodénite, représentée simplement par une adénopathie périduodénale d'origine appendiculaire et intestinale. De nombreux auteurs l'ont d'ailleurs constaté au cours d'interventions ; et, dans une toute récente intervention à la Société de Chirurgie, P. Duval confirmait l'existence de compression ganglionnaire passagère du 3^e duodénum au cours de l'appendicite. A cette occasion, Lardennois, Moure, Okinczyc insistaient sur la fréquence de cette pathogénie, en se basant sur leurs constatations opératoires.

Une telle adénopathie inflammatoire détermine une irritation des parois duodénales, grâce à une imprégnation de toxines amenées à leur voisinage par voie lymphatique (De Beule).

A la compression mécanique par les troncs et ganglions tuméfiés, compression légère qui serait insuffisante pour provoquer un retard appréciable d'évacuation, s'ajoute ainsi un

processus toxique d'irritation, entretenue par l'infection à distance.

L'inflammation frappe la paroi duodénale au niveau de la 3^e portion où se trouvent réunis troncs et ganglions lymphatiques. Elle « arrête la contraction intestinale, permet la stase, déclenche le péristaltisme ».

Il est bien certain qu'à la longue, sous l'action de poussées microbiennes répétées, les lésions vont s'étendre, les réactions de voisinage s'organiser, les brides, les adhérences, se constituer, la périduodénite en un mot s'installer. Le spasme duodéal, toujours constaté, sera désormais entretenu par une affection locale ayant son évolution propre, et sera de moins en moins influencé par le traitement de la cause initiale du mal.

D'autre part, l'irritation continue des parois duodénales, la stase des matières alimentaires, l'hypersécrétion provoquée, sont autant de facteurs qui déterminent un état pré-ulcéreux, état de duodénite, qui expliquerait peut-être les hémorragies digestives au cours de l'appendicite chronique. Sur cette duodénite viendra à plus ou moins longue échéance se greffer l'ulcère. La question est controversée. Les auteurs belges nient que la stase duodénale puisse donner lieu à un ulcère. Mais, depuis longtemps, les travaux des Anglo-Américains ont établi l'existence d'ulcères duodénaux secondaires à une appendicite chronique. De nombreuses observations le confirment. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

Le spasme duodéal, paraît donc être, dans la majorité des cas, un stade précoce du retentissement duodéal des affections appendiculaires et colitiques droites, stade précédant la périduodénite, ou la sténose, ou l'ulcère. C'est là un fait particulièrement intéressant, car il constitue une indication à l'intervention précoce, pratiquée avant que des lésions définitives ne se soient organisées autour du duodénum. Dans ces cas on peut espérer la disparition rapide et totale des troubles cliniques et radiologiques.

CHAPITRE V

Quelques problèmes de diagnostic différentiel que posent les spasmes duodénaux.

Les spasmes duodénaux, rencontrés dans l'appendicite peuvent-ils être considérés comme caractéristiques de cette affection ? D'autres maladies peuvent-elles également les provoquer ? La discussion de ces problèmes va permettre d'établir la valeur diagnostique de ces spasmes.

Nous avons vu quel était leur mécanisme, à la fois par compression et irritation des parois duodénales. Or, il ne fait aucun doute que des causes multiples peuvent atteindre et léser le duodénum, et créer ainsi des troubles cliniques et radiologiques analogues à ceux que nous avons décrits.

I

Nous n'insisterons pas sur les obstacles purement mécaniques à l'évacuation du duodénum. Telles, les anomalies duodénales congénitales, dolicho-duodénum, malformation des angles, brides congénitales.

Tels aussi le duodénum mobile, les ptoses duodénales ou gastriques, associées parfois à une ptose colique ; celle-ci serait elle-même pour certains, favorisée par une stase intestinale droite.

Ces lésions entraînent des signes cliniques du type de ceux dont nous avons parlé à propos de la dyspepsie appendiculaire. Radiologiquement, elles déterminent des spasmes duodénaux, mais aussi une sténose plus ou moins serrée avec une stase

prolongée, une dilatation marquée de la portion sus-jacente. La radio permet surtout de reconnaître l'obstacle, et de soupçonner dans une certaine mesure, la nature de celui-ci. Dans le cas de compression par la tête du pancréas, le cadre duodénal est uniformément élargi et dilaté.

De même, la pince artério-veineuse mésentérique peut être la cause de la gêne du transit duodénal. Nous avons vu que De Vadder lui opposait une pince lymphatique, forme de périoduodénite très localisée, liée le plus souvent à une inflammation appendiculaire propagée par voie lymphatique. En réalité il existe bien une compression par pince vasculaire.

Un signe différentiel important, encore que contesté par quelques auteurs, permet cependant, dans la règle, le diagnostic. C'est la disparition des signes fonctionnels, comme des signes radiologiques, dans le décubitus ventral, ou lorsque, par la manœuvre de Hayes, on soulève les portions duodénales sténosées, et qu'on annihile ainsi la compression.

Or ce symptôme n'est pas retrouvé dans les cas que nous signalons ; les spasmes duodénaux constatés persistent dans toutes les positions du malade.

II

Le diagnostic avec les périoduodénites non appendiculaires est plus fréquemment discuté. Et en premier lieu, celles d'origine vésiculaire. Le voisinage de la vésicule explique la fréquence du retentissement duodénal de la cholécystite chronique.

Mais la périoduodénite est plus souvent sus-mésocolique ; elle siège surtout aux parties supérieures du duodénum, au bulbe. Elle y détermine une déformation des contours, un spasme bulbaire, et aussi un étirement, une attraction avec la droite qui orientent déjà le diagnostic vers la vésicule.

Plus rarement la cholécystite provoque des spasmes du genu inférius et dans la 3^e portion. Certains auteurs le nient. Cependant Guichené, après Braithwaite, a montré les relations lymphatiques qui unissent la vésicule, le 2^e et le 3^e duodénum. La cholécystite retentit sur le duodénum non seulement par

ses adhérences périduodénales, mais aussi par propagation lymphatique jusqu'aux ganglions situés autour de D₃, déterminant ainsi des spasmes duodénaux par le même processus que l'appendicite.

En conséquence, on peut observer des spasmes duodénaux avec mouvements de va-et-vient, au cours des infections vésiculaires chroniques. Mais il existe en même temps des signes cliniques et radiologiques qui permettent le diagnostic.

1^o *Des signes cliniques :*

- antécédents de colique hépatique ou petites crises vésiculaires, d'une durée de quelques jours, déclenchées à l'occasion des règles, d'un écart de régime ;
- siège de la douleur : sous-costale droite ;
- ses irradiations à droite et en haut ;
- les nausées, le subictère.
- A l'examen, l'association au point para-ombilical droit, d'un point vésiculaire, d'une manœuvre de Murphy positive.

2^o *Des signes radiologiques* permettent parfois, en l'absence d'un syndrome clinique bien établi, d'attribuer à la vésicule malade, les spasmes constatés :

- prédominance des lésions sur le bulbe ;
- importance des déformations ;
- l'attraction à droite.

Enfin, la radiographie de la vésicule après tétraïode apporte un élément important de diagnostic.

De même le tubage et plus accessoirement la recherche de l'hypercholestérinémie.

L'association d'un spasme duodéal à une cholécystite chronique n'élimine pas de ce fait l'appendicite. Enriquez, Binet, Durand, et Chiray, après Dieulafoy ont montré les rapports entre l'appendicite ou la còlite droite et la cholécystite.

- soit que les 2 maladies aient un développement parallèle ;
- soit que l'une (l'appendicite le plus souvent) ait précédé l'autre.

Dieulafoy a ainsi décrit l'appendiculo-cholécystite où les symptômes de l'une et de l'autre s'enchevêtrent, où parfois la cholécystite, (mais aussi l'appendicite), reste discrète et méconnue. Dans notre observation n° 27, chez un malade qui avait des signes de cholécystite joints à un spasme duodénal, un transit digestif complet fit découvrir une appendicite passée cliniquement inaperçue.

L'on peut dire que la coexistence d'un spasme duodénal avec des signes vésiculaires évidents ou discrets se rencontre, mais elle doit faire rechercher l'appendicite cliniquement et radiologiquement. Ce n'est qu'après avoir éliminé celle-ci qu'on peut établir une relation de cause à effet entre la cholécystite et le spasme.

III

Comme la péricholécystite, la périoduodénite post-ulcéreuse peut déterminer des spasmes duodénaux. Mais l'ulcère siège au niveau du bulbe et c'est là encore que se trouve le maximum des lésions.

- spasme bulbaire ;
- altération des contours ;
- changements de position et étirement.

Mais on peut voir aussi des lésions semblables sur D₂ et, moins fréquemment, des spasmes du genu inferius avec mouvements de va-et-vient.

Il devient alors très difficile d'attribuer le spasme à sa cause.

1° *Sans doute*, il existe des signes cliniques donnés comme caractéristiques.

- crises douloureuses (douleur tardive) évoluant par poussées de 15 jours-1 mois, séparées par de longs intervalles de bonne santé complète, ou bien greffées sur un fond douloureux permanent de dyspepsie. Mais nous avons vu que de tels symptômes se retrouvaient dans l'appendicite ;
- hémorragies intestinales ;
- retentissement gastro-pylorique ;

— troubles intestinaux.

Ils existent également dans l'appendicite :

Les signes d'examen, dont le plus constant est le point para-ombilical droit en toutes positions, sont en quelque sorte communs à ceux de la dyspepsie appendiculaire.

2° *Les signes radiologiques* sont plus caractéristiques. Ce sont les radiographies en série qui permettent le diagnostic en montrant :

- une encoche ;
- un diverticule ;
- une niche ;
- une injection permanente d'une face duodénale.

Ces images persistent, après l'administration d'anti-spasmodiques, ils ne sont pas modifiés par les changements de position du malade, ils sont constants sur plusieurs clichés.

C'est donc sur ces résultats radiographiques dont Guttman a montré l'importance, que l'on se basera pour attribuer à l'ulcère le spasme duodénal constaté à la radio.

Mais, même quand on a posé le diagnostic d'ulcère, dans ce cas, une exploration complète du tube digestif doit être pratiquée pour rechercher une appendicite associée.

Nous avons vu, dans un chapitre précédent, comment la stase duodénale chronique, entretenue tant par des adhérences que par une compression ganglionnaire avec irritation chronique des parois, entraîne à la longue une inflammation de la muqueuse. Cet état correspond à des lésions anatomiques décrites sous le nom de duodénite. Elle est caractérisée par une rougeur de la muqueuse avec des érosions superficielles, et se traduit cliniquement et radiologiquement par une symptomatologie d'ulcus avec une fréquence particulière des hémorragies. Une observation citée par Guttman (d'après Outland et Clendening) où il existait des ganglions mésentériques et de l'appendicite chronique montre bien le rôle que peut jouer l'appendice dans ce syndrome.

Cette duodénite est considérée comme un état pré-ulcéreux qui tôt ou tard donnera naissance à un ulcus. Les Américains

Mayo, Moynihan, les Français Mathieu, Roux, Ramond, Guttman ont signalé cette association et cette succession.

Celle-ci se manifeste cliniquement suivant des modalités variables. C'est ainsi qu'on se trouve parfois en présence d'un malade ayant un ulcus déjà diagnostiqué. La constatation d'un spasme duodénal doit attirer l'attention sur le carrefour inférieur. Il ne faut pas s'empressez d'attribuer ce spasme à l'ulcère bien que celui-ci soit démontré par les clichés, mais poursuivre l'examen, faire le transit digestif complet. Il n'est pas rare de trouver les signes d'une appendicite, vraisemblablement antérieure à l'ulcère et génératrice de ces spasmes. (Voir observation n° 12.)

Dans d'autres cas, il s'agit d'un ancien opéré d'appendicite qui, après une accalmie parfois très longue, voit apparaître des troubles digestifs de type ulcéreux ; et, de fait, un ulcère s'est constitué que fera découvrir l'examen clinique, radiologique et les épreuves de spécialité. C'est que, au moment de l'intervention, les lésions périoduodénales étaient déjà organisées et ont continué d'évoluer, après l'appendicectomie. L'ulcère est apparu sur un duodénum chroniquement irrité. On bien, une inflammation du côlon droit a été méconnue et négligée et a continué de donner des lésions à distance sur le duodénum, préparant ainsi la voie de l'ulcus.

Cholécystite, ulcère, telles sont les grandes causes de péri-duodénite pouvant occasionner des spasmes duodénaux. Nous avons vu avec quelles réserves, il convenait d'interpréter ces faits. Il existe encore d'autres causes, moins fréquentes, de spasmes.

IV

1° *La péritonite tuberculeuse localisée* : la tuberculose peut aussi comprimer le duodénum par une adénopathie mésentérique ou par des adhérences, mais il est bien rare qu'elle soit complètement isolée ; dans ces cas, on conçoit que le diagnostic soit des plus difficiles. En fait, il existe des signes locaux (abdominaux) et généraux, ou tirés des antécédents, qui orientent le diagnostic.

2° Nous ne discuterons pas les diagnostics que soulèvent : l'adénite syphilitique du mésentère, la péritonite encapsulante, qui sont des raretés, la mésentérite rétractile qui est peut-être, elle-même, d'origine intestinale et qui entraîne des brides gênant l'évacuation du duodénum.

3° Nous nous arrêterons un instant, par contre, sur les faits anatomiques et cliniques, décrits par Duval et Roux sous le nom de périviscérites essentielles. Ils désignent ainsi des adhérences (nous ne nous occupons que des formes périoduodénales) se traduisant par des signes cliniques et radiologiques de périoduodénite. Cela explique qu'elles puissent donner lieu aux spasmes duodénaux.

Ce qui fait l'individualité de ces périoduodénites, c'est que l'on ne retrouve aucune cause, tant aux organes voisins (vésicule, duodénum, pancréas) qu'aux organes à distance (intestin). Les auteurs les attribuent en partie à des malformations congénitales, mais eux-mêmes et avec eux Basset, Guichené, de Beule ont insisté sur la possibilité d'une origine inflammatoire et celle-ci est de plus en plus incriminée dans l'étiologie des périoduodénites essentielles.

Quelle inflammation ? L'inflammation intestinale et appendiculaire propagée jusqu'autour du duodénum par voie lymphatique et actuellement atténuée ou guérie, ou bien, décelable seulement microscopiquement.

Ces faits rentrent dans le cadre de ceux que nous avons étudiés ; l'existence de spasmes duodénaux dans ces cas s'expliquent donc et n'élimine pas du tout une origine appendiculaire ou colique.

On voit que, là encore, dans cette affection d'ailleurs rare et de diagnostic difficile, l'appendicite chronique, l'infection intestinale discrète doivent encore être recherchées avec soin, en présence d'un spasme duodéal.

V

Pour résumer les considérations exposées ci-dessus sur les problèmes de diagnostic que soulève la constatation d'un

spasme duodénal, on peut dire que : ce spasme, avec arrêt de la baryte au genu inférius et mouvements de va-et-vient dans la 2^e portion, se rencontre, quoique peu fréquemment, dans d'autres affections réagissant sur le duodénum, et particulièrement dans les périoduodénites ulcéreuse ou vésiculaire.

Mais alors des symptômes, propres à chacune de ces affections, aident au diagnostic.

En tous cas, l'association du spasme à une cholécystite ou un ulcère, ne permet pas d'éliminer, *ipso facto*, l'appendicite ou l'infection colique droite. Il faut les rechercher, par l'étude des antécédents, la clinique et la radio. Leur découverte éclaire ainsi parfois l'origine de l'ulcère et de la cholécystite.

CHAPITRE VI

Valeur diagnostique des spasmes duodénaux.

Dès lors, il nous est permis, en nous reportant aux observations, et d'après les diagnostics que nous avons discutés, d'établir la valeur séméiologique du spasme duodénal.

1° *Dans un premier groupe de faits*, on constate un spasme duodénal du genu inférius avec mouvements de va-et-vient dans la 2^e portion, chez un malade qui présente par ailleurs des signes appendiculaires nets :

- point douloureux de la fosse iliaque droite en toute positions, retrouvé sous écran.
- stase cæcale douloureuse, avec accélération du transit colique.

Dans ce cas :

α) le spasme confirme le diagnostic d'appendicite chronique et permet de rattacher à cette cause les troubles ressentis par le malade ;

β) la gêne d'évacuation qui en résulte, explique la plupart des signes dyspeptiques :

- les douleurs post-prandiales tardives ;
- le spasme du pylore avec retard de l'évacuation de l'estomac, l'hyperkinésie, l'hypersécrétion gastrique ;
- l'existence d'un point para-ombilical droit plus marqué en position debout ;
- les troubles de l'état général : céphalée, migraines, amaigrissement.

γ) Enfin, premier stade du retentissement sur le duodénum

de l'appendicite, le spasme rend compte à une phase plus avancée de la coexistence d'une périduodénite, où même plus tard d'un ulcère. Par là, il explique la persistance des troubles dyspeptiques après l'opération : « les lendemains douloureux de l'appendicectomie ».

2° *Dans d'autres cas*, le malade se présente comme un dyspeptique banal, un ulcéreux, un lithiasique. Aucun signe clinique ou radiologique n'annonce une lésion du carrefour inférieur. Mais l'examen à l'écran met en évidence un spasme duodénal qui est à l'origine des troubles observés.

La constatation de ce spasme doit faire penser qu'il s'agit d'appendicite ou de colite droite, si l'on a éliminé par leurs signes propres les affections qui peuvent donner un tel symptôme, et dont nous avons parlé.

Elle doit faire rechercher dans le passé :

- des troubles du fonctionnement intestinal ;
- des petites crises douloureuses de la fosse iliaque droite avec fièvre ;
- des indigestions inexplicables.

Elle permet de conseiller l'intervention chez des sujets ayant de tels antécédents, alors que la disparition momentanée de tout point appendiculaire rend le diagnostic hésitant.

Lorsque l'interrogatoire, l'étude des antécédents se sont montrés négatifs, il importe d'établir une surveillance attentive des malades, de les revoir après un traitement de désinfection intestinale. En l'absence de signes directs appendiculaires, des examens répétés sont nécessaires pour poser le diagnostic de façon ferme. Parfois, au cours de l'un d'eux un symptôme nouveau sera découvert, signant l'appendicite. En tous cas, la persistance du spasme duodénal constaté à la radio, joint aux signes de dyspepsie rebelle est un argument important en faveur de l'intervention.

Observations.

Nous classerons 30 observations de spasmes duodénaux en trois groupes :

- 1^o celles des malades opérés, que nous avons pu examiner de nouveau après l'intervention. Elles sont au nombre de 9 ;
- 2^o celles des malades opérés, chez qui le diagnostic d'appendicite fut donc confirmé, mais que nous n'avons pu revoir. 4 sont dans ce cas ,
- 3^o celles des malades non opérés, mais qui présentent des signes nets d'appendicite ou d'inflammation colique droite ;

I. — Observations de malades opérés et revus après l'intervention.

OBSERVATION 1.

*Douleurs épigastriques évoluant par crises, avec une hématomèse ;
Spasme duodénal découvert à la radio. Point appendiculaire intermittent. Disparition du spasme après appendicectomie.*

M^{me} Le G..., 26 ans, vient consulter le 25 juillet 1933 pour des douleurs épigastriques, ayant débuté 6 mois auparavant et évoluant depuis ce temps, sous forme de *crises* quotidiennes de 8 à 15 jours séparées par des intervalles de 1 à 2 mois de bonne santé.

Ces douleurs, siègent à l'épigastre, surviennent une 1/2 heure à 3 heures après les repas. Elles sont à type de pesanteur, rarement de

brûlures. Vomissements fréquents, calmant les douleurs. En outre, la malade a eu une *hématémèse* de sang noir, peu abondante.

Aucun antécédent pathologique.

Règles normales depuis l'âge de 16 ans.

L'examen de l'abdomen ne montre *aucun point douloureux*.

L'examen général est négatif.

Radioscopie le 25 septembre 1933. Pas de lésions pulmonaires. Léger remplissage en neige de l'estomac. Contractions d'emblée énergiques avec léger spasme au niveau du bulbe, puis évacuation par assez grosses bouchées avec légers mouvements de va-et-vient.

Le lendemain : Transit rapide avec stase cœcale et appendice visible.

La malade est revue le 10 novembre 1933. On constate alors l'existence d'un *point appendiculaire net*.

Opérée d'appendicite le 14 décembre 1933.

Trois mois après, le 5 février 1934, la malade est revue. Elle va beaucoup mieux ; ne souffre plus de l'estomac.

Radioscopie le 6 février 1934 : Très petite quantité de liquide à jeun ; Contractions d'emblée très énergiques avec évacuations par grosses bouchées, sans arrêt au niveau du genu inferius, ni mouvements de va-et-vient.

A 17 heures : Baryte dans le côlon jusqu'à l'angle gauche d'une part, d'autre part dans l'ampoule rectale. Le côlon transverse est long, sinueux, l'angle gauche, haut situé.

Le lendemain : Cæco ascendant complètement évacué. La baryte occupe surtout l'ampoule rectale. Il en persiste cependant dans toute la partie moyenne de l'anse sigmoïde.

OBSERVATION 2.

Dyspepsie hyposthénique. Spasme duodénal et stase caecale.

Disparition de tous ces signes après l'appendicectomie.

M^{lle} C..., 15 ans 1/2, vient consulter le 26 janvier 1934 pour un état nauséux avec parfois vomissements durant depuis 15 mois ; tendance à la constipation.

Cet état s'accompagne d'amaigrissement.

Dans ses antécédents : pneumonie, diphtérie.

Règles normales depuis l'âge de 13 ans.

Quelques pertes blanches.

Parents bien portants. 2 collatéraux bien portants.

L'examen abdominal ne montre aucun point douloureux.

L'examen général est négatif.

Poids : 44 kgr. 800.

Radioscopie le 30 janvier 1934. Léger remplissage en neige. Estomac allongé avec contractions d'emblée assez énergiques, mais spasme persistant du bulbe et aucun passage au début. Ultérieurement, évacuation très lente avec 2^e portion duodénale très effilée, et mouvements de va-et-vient au niveau du genu inferius.

A 17 heures : Estomac évacué. Baryte dans le gros intestin jusqu'au niveau de l'angle gauche.

Le lendemain : Colon ascendant et ampoule rectale fortement njectés. Il persiste de la baryte dans le bas-fond cæcal.

Opérée le 27 février 1934 (Dr Padovani) qui constate une appendicite rétro-cæcale et un appendice malade.

La malade est revue le 25 juin 1934. Tous les troubles ont disparu.

Poids 46 kgr. 400.

Radioscopie : Estomac sans liquide à jeun, à contractions rapidement énergiques et bonne évacuation, sans mouvement de va-et-vient, ni arrêt au niveau du genu inferius.

OBSERVATION 3.

Douleurs abdominales et constipation. Signes cliniques d'appendicite. Spasme duodéal. Disparition de celui-ci après appendicectomie.

M^{me} M..., 27 ans, vient consulter le 4 novembre 1933 pour des douleurs abdominales dont le début remonte à 2 ans 1/2. D'abord soignée pour entérite, elle a suivi, depuis le début, un régime sans lait, avec viandes grillées, sans aucun résultat.

Les douleurs surviennent à n'importe quelle heure de la journée ; Elles siègent à tout l'abdomen, mais surtout à l'hypocondre gauche, au creux épigastrique, peu à droite, sans irradiations caractéristiques. Elles sont parfois très intenses, obligeant la malade à se coucher.

Elles évoluent par crises de 7 à 15 jours, très variables dans leur durée, avec intervalles de repos complet.

Elles s'accompagnent de nausées, d'éruclations. En outre, la malade est habituellement très constipée.

Elle a beaucoup maigri : 10 kgr. en un an.

Réglée pour la première fois à 16 ans ; ses règles ne sont normales que depuis son mariage, il y a 2 ans.

A fait une fausse couche de 2 mois, en période de fatigue et d'amaigrissement.

L'examen de l'abdomen montre une douleur à la palpation au point appendiculaire et sur le trajet du côlon ascendant.

Pas de météorisme.

Examen pulmonaire : quelques râles au sommet gauche.

Examen des autres appareils : négatif.

Radioscopie le 7 novembre 1933 : Petit estomac sans déformation ni liquide à jeun, avec contractions énergiques de l'antré, mais arrêt au niveau du genu inferius. Mouvements de va-et-vient nets à plusieurs reprises, puis évacuation par grosses bouchées.

A 17 heures : Estomac évacué. Baryte dans l'ascendant et le transverse.

Le lendemain : Stase cæcale et baryte diffuse dans l'intestin.

Le surlendemain : tout l'intestin est évacué.

Opérée d'appendicite le 13 janvier 1934.

Revue le 5 février. Elle se plaint d'un peu de fatigue, de pertes blanches.

Radioscopie le 20 février 1934. Contractions d'emblée très énergiques de l'estomac, sans passage au début, puis évacuation sans arrêt au niveau du genu inferius, ni mouvements de va-et-vient.

Le lendemain : Tout le cadre colique est injecté.

Le surlendemain : Tout l'intestin est évacué à l'exception de l'ampoule rectale qui renferme une toute petite quantité de baryte.

OBSERVATION 4.

Douleurs abdominales. Signes cliniques et radiologiques d'appendicite.

Spasme duodénal. Disparition après appendicectomie.

M. B..., 35 ans, a été soigné du 28 août 1934 au 4 septembre pour une crise douloureuse du flanc gauche considérée comme une

colique néphrétique. Depuis cette époque, il conserve des douleurs abdominales vagues avec selles diarrhéiques, et vient se faire examiner à l'Hôpital des Ménages le 15 octobre 1934.

L'examen met en évidence un point douloureux dans la fosse iliaque droite, surtout marqué en position verticale.

Radioscopie le 16 octobre 1934 : Estomac petit, sans déformation, ni liquide à jeun, mais dont l'évacuation s'accompagne d'un arrêt net au niveau du genu inferius avec mouvements de va-et-vient très marqués. Pas de retard d'évacuation de l'estomac.

Le lendemain : Tout l'intestin est évacué, à l'exception de 2 taches de baryte dans le bas-fond cæcal, légèrement sensible à la palpation, et d'une grosse tache dans l'ampoule rectale.

Opéré d'appendicite le 25 octobre 1934.

Revu le 4 décembre 1934. Les douleurs et selles diarrhéiques ont complètement disparu depuis l'opération.

Radioscopie : Estomac s'évacuant normalement par des contractions énergiques sans arrêt au genu inferius ni mouvements de va-et-vient.

OBSERVATION 5.

*Dyspepsie appendiculaire évoluant depuis 8 ans. Spasme duodénal.
Disparition de celui-ci après appendicectomie.*

M^{lle} B..., 26 ans, sténo-dactylo, vient se faire examiner en 1926 pour des douleurs abdominales, survenant après les repas, surtout celui de midi.

L'examen montre à ce moment : un point appendiculaire tant en position couchée, que debout.

Phosphaturie.

Bon état général.

Un régime et un traitement appropriés amènent une amélioration ; mais l'année suivante, apparaît une poussée de gastro-entérite à la suite de laquelle un nouvel examen permet de retrouver un point douloureux de la fosse iliaque droite, accompagné d'un point para-ombilical droit en position verticale et d'un point vésiculaire net.

Nouvelle amélioration par le régime et le traitement, mais réapparition de crises de diarrhée en 1930. Cette tendance à la diarrhée

persiste les années suivantes, et s'accompagne parfois de vomissements, de dépression psychique très marquée.

En 1934, devant la persistance du point appendiculaire et de la réaction vésiculaire, un examen radioscopique est pratiqué en février :

Radioscopie : Petit estomac à contractions d'emblée énergiques avec injection persistante de D₂. Arrêt prolongé au niveau du genu inferius, mouvements de va-et-vient et évacuation par grosses bouchées, tous les 2 ou 3 passages pyloriques. Pas de retard d'évacuation de l'estomac.

Stase cæcale, persistant le surlendemain avec douleur nette au niveau du point d'implantation de l'appendice.

Opérée d'appendicite le 21 juin 1934. Appendice long et rétro-cæcal, contourné.

Revue en novembre 1934. A la suite de l'opération, va beaucoup mieux. Les vomissements et crises de diarrhée ont disparu ; la malade se sent beaucoup moins déprimée.

Radioscopie : Persistance d'un certain spasme du bulbe mais il n'y a plus d'arrêt au niveau du genu inferius et l'évacuation duodénale se fait à peu près normalement.

OBSERVATION 6.

Signes cliniques d'appendicite avec spasme duodéal.

Disparition après appendicectomie.

M. D..., 10 ans, est examiné pour la première fois en mars 1933 parce qu'il urine souvent la nuit, et que ses urines sont troubles. L'enfant a toujours été délicat. Il a dû être opéré 2 fois de végétations à 14 mois et à 6 ans. Il fait souvent des accès thermiques passagers.

L'examen montre, outre une bronchite légère avec adénopathie trachéo-bronchique, des urines troubles d'aspect moiré, renfermant des traces d'albumine et de nombreux colibacilles.

Il existe un point douloureux net de la fosse iliaque droite dans toutes les positions.

Ultérieurement, la bronchite s'atténue, l'enfant augmente de poids, mais les urines restent troubles et le point appendiculaire persiste quoique atténué.

Radioscopie : juillet 1933 : Estomac petit, sans déformations, avec arrêt au niveau du genu inferius et mouvements de va-et-vient très nets.

La traversée digestive est rapide. Il persiste cependant une légère stase cæcale après 24 heures.

Devant la persistance du point appendiculaire, le petit malade est opéré en juin 1934 : Appendice rétrocæcal, long, adhérent, entouré de nombreux ganglions.

Après l'opération, les urines deviennent complètement claires pendant quelques jours ; puis redeviennent troubles certains jours seulement. L'enfant ne se lève plus la nuit pour uriner.

Nouvelle radioscopie en octobre 1934. Evacuation duodénale très améliorée avec très léger arrêt au niveau du genu inferius et disparition des mouvements de va-et-vient.

OBSERVATION 7.

Dyspepsie et migraine, avec signes vésiculaires. Apparition ultérieure de signes appendiculaires. Spasme duodéal. Disparition après appendicectomie.

M^{me} R..., 50 ans, se plaint depuis toujours de digestions pénibles et de migraines. N'a été bien portante et sans migraines que pendant une grossesse et l'allaitement. En 1929, est allé consulter pour des douleurs de l'hypochondre droit, avec diarrhée et amaigrissement, et un examen complet révéla une *lamblia* découverte par un tubage duodéal. Cette lamblia a disparu en 7 mois avec un traitement actif. Avec elle ont disparu la plupart des troubles dont se plaignait la malade.

En mars 1933, elle revient consulter ; l'état général est bon, mais les migraines sont réapparues depuis 15 jours, avec gêne du côté droit, selles plus fréquentes et molles.

Radioscopie le 21 mars 1933 : Estomac atone au début puis s'évacuant par une 2^e portion coudée vers la droite avec injection persistante de cette 2^e portion et quelques mouvements de brassage. Stase gastrique.

Le lendemain : la baryte occupe le cæco ascendant ainsi que la fin

du descendant et l'ampoule rectale. Toute la portion intermédiaire est évacuée.

Le surlendemain : il persiste dans le bas-fond cæcal une petite tache barytée de la grosseur d'un pois.

La malade est mise au régime végétarien, avec Carbolin et gastro-sodine.

Elle est revue 2 mois après, le 5 mai 1933. Elle se trouve bien du traitement. Poids 51 kgr. 500.

L'examen montre un point douloureux appendiculaire en toutes positions.

Au T. V. : pas de douleurs annexielles.

Ce point appendiculaire est retrouvé à un examen ultérieur, le 7 juin 1933, mais atténué.

Le 20 octobre 1933, la malade revient consulter. Sa santé a été très bonne jusqu'à la fin septembre. Depuis ce moment, elle souffre de tout le ventre en permanence.

L'examen ne montre aucun point douloureux.

Poids 53 kgr. 700.

Radioscopie le 24 octobre 1933. Estomac atone au début, ne s'évacuant qu'après décubitus, avec arrêt prolongé au niveau du genu inferius et mouvements de brassage très nets.

A 17 heures : Pas de stase gastrique. La baryte occupe le cæco ascendant.

Le lendemain : la baryte occupe la sigmoïde et l'ampoule rectale. Côlon gauche évacué. Ascendant et début du transverse spasmé avec appendice visible et douloureux.

Le surlendemain : Toute la baryte est évacuée, à l'exception de l'appendice situé au niveau de la crête iliaque, et dont la palpation réveille une douleur au creux épigastrique.

A un nouvel examen le 29 janvier 1934, on retrouve un point appendiculaire, malgré l'amélioration des troubles fonctionnels.

Opérée le 3 février 1934 par le Dr Madier : appendice long et adhérent. Vésicule en apparence intacte.

Revue le 26 avril 1934. Il persiste des lourdeurs de digestion, des aigreurs. Poids 49 kgr. 100.

L'examen ne montre aucune sensibilité abdominale.

Radioscopie le 25 avril 1934. Estomac allongé avec ébauche de remplissage en neige, atone au début, puis s'évacuant, après un

Radioscopie le 25 octobre : Aérocolie. Estomac mobile sans déformation, se contractant bientôt très énergiquement, avec arrêt persistant au niveau du bulbe d'abord, puis au niveau du genu inferius avec mouvements de va-et-vient et, semble-t-il, déformation de la 2^e portion par compression.

A 17 heures : il reste une certaine quantité de baryte dans l'estomac. Le cæcum est injecté avec point douloureux appendiculaire. Il remonte haut, sous le foie, avec aspect marécageux, et douleur au niveau de l'angle sous-hépatique. Côlon descendant injecté. Il existe déjà une grosse quantité de baryte dans l'ampoule rectale.

Le lendemain, il persiste des traces de baryte dans tout le gros intestin et, en particulier, quelques taches en chapelet dans le cæco-ascendant, mais seule l'ampoule rectale est assez fortement injectée.

A la radiographie avec tétraïode : vésicule non visible.

OBSERVATION 28.

Spasme duodénal chez une malade opérée d'appendicectomie, mais avec stase cæcale. Disparition du spasme par un traitement médical de celle-ci.

M^{me} L..., 58 ans, a été opérée en 1926 d'appendicite. A peu près depuis cette époque, elle ressent des douleurs à type de brûlure, siégeant au creux épigastrique, avec irradiations rétro-sternales. Elles apparaissent sans horaire net, cependant plus souvent 4 à 6 heures après les repas. Elles étaient d'abord intermittentes, mais depuis une époque que la malade ne peut préciser, elles sont devenues à peu près quotidiennes avec tout au plus 1 à 2 jours de rémission.

Elles s'accompagnent d'éruclations et de salivation abondantes, de vertiges, parfois d'un peu de subictère.

En outre, constipation tenace.

Pour l'ensemble de ces troubles, la malade vient consulter le 14 mars 1934.

Dans les antécédents on note, il y a 25 ans un séjour en Indo-Chine, dont la malade ne put supporter le climat et où elle aurait eu un début de dysenterie (?)

Réglée de façon normale de 17 à 57 ans.

Ménopause il y a 1 an sans incidents.

Aucuns antécédents héréditaires ou familiaux.

Examen entièrement négatif.

Radioscopie le 14 mars 1934. Estomac allongé, complètement atone au début, ne s'évacuant qu'après séjour en décubitus latéral droit. Arrêt au niveau du genu inferius, avec mouvements de va-et-vient extrêmement nets et évacuation par grosses bouchées.

A 17 heures : Baryte dans le gros intestin jusqu'à la moitié droite du transverse. Douleur à la pression du bas-fond cæcal haut situé.

Le lendemain : Toute la partie droite de l'intestin est évacuée, à l'exception d'une petite tache de baryte en cupule, au niveau du bas-fond cæcal haut situé sous le foie. Partie gauche entièrement injectée depuis l'angle splénique très haut situé.

La malade est soumise à un régime végétarien et à un traitement de désinfection intestinale, et revient un mois plus tard, en avril 1934. Elle va beaucoup mieux.

Radioscopie le 17 avril 1934 : Petit estomac à contractions assez précoces et bonne évacuation, sans arrêt au niveau du genu inferius ni mouvements de va-et-vient.

Le lendemain, tout le cadre colique est injecté jusqu'à l'ampoule rectale, à l'exception du cæco-ascendant en grande partie évacué.

OBSERVATION 29.

Spasme duodénal avec colite droite.

M^{lle} M..., 19 ans, vient consulter le 14 avril 1932 pour douleurs abdominales, apparues depuis un mois. Elles sont diffuses à tout l'abdomen mais surtout marquées à la fosse iliaque droite.

En outre : constipation marquée ; fatigue générale ; amaigrissement.

Dans les antécédents on note des pertes blanches fréquentes.

Assez mal réglée (2 fois par mois).

L'examen montre un gargouillement de la fosse iliaque droite.

Radioscopie le 21 juin 1932 : Estomac ptosé à 2 travers de doigts au-dessous des crêtes iliaques avec contractions très énergiques ; Arrêt prolongé au niveau du genu inferius et mouvements de va-et-vient.

II. — Observations de malades opérés, non revus après l'intervention.

OBSERVATION 10.

*Crise aiguë dans les antécédents. Examen clinique négatif.
Spasme duodénal à la radio. A l'intervention, appendice très malade.*

M. C..., 27 ans, est envoyé en avril 1933 pour une crise abdominale considérée par son médecin comme appendiculaire. Un chirurgien, après mise en observation de quelques jours à l'hôpital, ne trouve aucune sensibilité abdominale et fait sortir le malade.

Devant la persistance de la douleur, il vient consulter à l'Hôpital des Ménages.

Un an auparavant, le malade a fait une crise douloureuse analogue, suivie d'un pneumothorax spontané actuellement guéri.

Actuellement, l'examen ne montre *aucun point douloureux*.

Radioscopie le 2 mai 1933 : Pas de lésions pulmonaires apparentes.

Petit estomac à contractions énergiques mais avec arrêt très persistant au niveau du genu inferius avec mouvements de va et vient très nets.

A 17 heures : La baryte occupe le cæcum et le début de l'ascendant. Persistance de taches barytées assez volumineuses dans la dernière anse iléale.

Le lendemain : très légères traces de baryte dans le bas-fond cæcal paraissant anormalement contourné.

Opéré le 9 mai 1933 par le Dr Madier. Appendice rétrocæcal, très malade, sur le point de se perforer.

OBSERVATION 11.

Troubles digestifs depuis 2 ans ; aucun signe clinique. Spasme duodénal et signes radiologiques d'appendicite. Confirmation à l'intervention.

M. S..., 24 ans, vient consulter le 19 septembre 1933 pour des douleurs épigastriques, apparues depuis 2 ans, à type de brûlures,

peu intenses, sans irradiations, survenant aussitôt après les repas et durant une heure environ.

Ces douleurs sont quotidiennes pendant un ou plusieurs mois ; elles sont influencées par certains aliments : chocolat, graisses.

L'examen de l'abdomen montre une douleur épigastrique à la pression.

Pas de douleur vésiculaire.

Pas de douleur appendiculaire.

Les urines contiennent de l'albumine.

Examen général négatif par ailleurs.

Radioscopie le 19 septembre 1933 : Estomac sans liquide à jeun. Spasme pylorique au début, malgré de bonnes contractions, et mouvements de va et vient très marqués dans la 2^e portion duodénale. Retard de l'évacuation de l'estomac.

Stase cœcale avec douleur à ce niveau et appendice visible le surlendemain à la partie supérieure de la fosse iliaque droite.

Le malade est revu 10 jours après : Persistance du point iliaque droit haut situé, retrouvé à la radio. Disparition de l'albuminurie.

Opéré le 5 octobre 1933 (D^r Madier). Adhérences lâches du cæcum à la paroi et appendice fixé par des adhérences au cæcum.

OBSERVATION 12.

Ancien opéré d'ulcus perforé de l'estomac. A la radio, spasme duodénal et signes appendiculaires. Confirmation à l'intervention.

M. S... vient consulter le 24 octobre 1933, parce qu'il a des douleurs abdominales prédominant à droite, depuis une intervention pratiquée en juillet 1933 pour ulcus perforé de l'antrum (pas de gastro-entérostomie).

Radioscopie 24 octobre 1933 : Contractions énergiques de l'estomac avec spasme très marqué du bulbe. Rares évacuations duodénales avec arrêt prolongé au niveau du genu inferius et mouvements de brassage très nets.

A 17 heures : Pas de stase gastrique. La baryte occupe le côlon ascendant et le côlon transverse.

Le lendemain : Tout le cadre colique est injecté jusqu'à l'ampoule

rectale. Point douloureux net sur le bas-fond cæcal, tant couché que debout.

Opéré le 28 octobre 1933 (Dr Madier). Adhéhérences péripyloriques et induration cicatricielle du pylore. Appendice rétro-cæcal très long, plaqué contre la paroi postérieure du cæcum. Présence de granulations discrètes disséminées.

Gastro-entérostomie et appendicéctomie.

OBSERVATION 13.

Troubles dyspeptiques avec crises d'urticaire. Apparition ultérieure d'un point appendiculaire. Spasme duodénal et signes radiologiques d'appendicite. Confirmation à l'intervention. Disparition des troubles à la suite de celle-ci.

M. D..., 40 ans, vient se faire examiner en mai 1932 pour : fatigue générale et troubles digestifs. Ceux-ci consistent en lenteurs de digestion, et, de temps à autre, à l'occasion d'un écart de régime (absorption de caviar) en crise d'urticaire, suivie d'eczéma localisé de la région génitale.

Rien à signaler dans les antécédents familiaux (marié, un enfant de 15 ans bien portant).

Dans les antécédents personnels, on note simplement une scarlatine dans l'enfance sans complications. Les accidents actuels ont commencé en 1929.

Examen de l'abdomen : ventre fort et disproportionné avec l'adiposité générale du sujet.

Gros foie.

Point para-ombilical droit en position verticale.

L'examen général est négatif.

Le malade est soumis à un traitement médical et fait une cure à Vichy ; Amélioration.

Revu en janvier 1933. Il a refait une crise d'urticaire avec eczéma à la suite un écart de régime.

L'examen montre, à ce moment, en dehors des troubles précédemment constatés, une légère sensibilité appendiculaire.

Revu en décembre 1933 à la suite d'une nouvelle poussée d'eczéma, secondaire à une absorption de caviar. L'examen montre un

point appendiculaire plus net qu'antérieurement et en toutes positions.

Radioscopie : Evacuation lente de l'estomac malgré les contractions énergiques par suite d'un spasme pylorique, avec un arrêt de la baryte au genu inferius et mouvements de va-et-vient dans le 2^e duodénum.

Il y a une stase iléale après 8 h. 1/2.

Tout l'intestin est spasmé.

L'appendice visible dès la 5^e heure reste injecté et douloureux même à la 54^e heure, le reste de l'intestin étant évacué.

Opéré au début de 1934, appendice malade rétro-cæcal.

Les accidents ont disparu depuis, mais le malade n'a pu être revu à la radio.

III. — Observations de malades non opérés présentant des signes d'appendicite ou d'inflammation du côlon droit.

OBSERVATION 14.

Spasme duodénal avec signes cliniques et radiologiques d'appendicite.

M^{me} L..., 26 ans, vient consulter le 20 juin 1933, pour des douleurs siégeant dans la fosse iliaque droite sans irradiations, exagérées par les repas.

Elles sont apparues depuis un mois.

Elles s'accompagnent d'un peu de diarrhée, de pesanteur post-prandiale, de bouffissure de la face après les repas, de bouche amère le matin.

Depuis le même temps, sont apparus des troubles menstruels. Règles très peu abondantes, très claires, très douloureuses.

Dans les antécédents on note une crise de coliques néphrétiques, il y a 5 ans.

L'examen montre :

un point douloureux appendiculaire très marqué ;

un point para-vertébral droit.

un cæcum un peu gargouillant.

Le toucher vaginal est négatif.

Radioscopie le 27 juin 1933. Petit estomac atone au début, ne commençant à s'évacuer qu'après décubitus, avec à ce moment, contractions assez énergiques, sans passage, avec injection persistante du cadre duodénal et mouvements de va-et-vient.

A 17 heures : Injection du cæcum, du côlon ascendant et du début du transverse. Douleur dans la région cæcale, en position debout et couchée.

Le lendemain : La baryte occupe tout le gros intestin jusqu'à la fin du descendant. Cæco ascendant en voie d'évacuation, mais avec persistance de la baryte dans le bas-fond. Celui-ci est très bas situé, au niveau du pubis, et douloureux en position debout et couchée.

Le surlendemain : tout l'intestin est évacué à l'exception d'une certaine quantité de baryte dans l'ampoule rectale.

OBSERVATION 15.

Crise aiguë. Spasme duodénal et signes radiologiques d'appendicite.

M. S..., 31 ans, vient consulter le 7 mars 1934 parce qu'il a eu, 9 jours auparavant, une crise douloureuse abdominale. Il a ressenti brusquement avant de déjeuner une douleur très vive dans la fosse iliaque droite, irradiant du côté opposé, avec vomissements. Il a cependant pris son repas et les douleurs sont devenues plus violentes. Pas de constipation ; le malade a eu une selle. Température : 38°2.

Le malade a été mis à un régime sévère. Bouillon de légumes glace sur le ventre. La douleur s'est rapidement atténuée et le malade a pu se lever au 5^e jour, s'alimenter au 6^e.

Aucun antécédent pathologique.

Examen clinique actuellement négatif.

Radioscopie le 7 mars 1934. Petit estomac haut situé, sans liquide à jeun ni déformation, mobile, à évacuation rapide, mais arrêt très prolongé au niveau du genu inferius, avec mouvements de va-et-vient et évacuation par grosses bouchées.

A 17 heures : Seul le cæco ascendant est injecté. Bas-fond douloureux.

Le lendemain : La baryte n'occupe plus que le cæco ascendant,

la partie droite du transverse et l'ampoule rectale. Point douloureux sur le bas-fond cæcal en position debout et couchée.

OBSERVATION 16.

*Spasme duodénal avec signes cliniques et radiologiques
d'appendicite.*

M. J..., 28 ans, vient consulter le 5 mars 1934 pour une douleur dans le flanc droit depuis 3 ou 4 jours, non rythmée par les repas, sans nausées ni vomissements. Pas de troubles importants des selles.

Dans les antécédents, on note : 9 ans auparavant, un ictère avec selles blanches, sans fièvre, ayant duré 3 semaines.

Spécificité depuis 1930, traitée par plusieurs séries de novar, interrompues par le malade lorsque les réactions furent négatives.

Examen : On perçoit dans la fosse iliaque droite, une masse allongée un peu obliquement en bas, en dedans, dont on sent facilement le bord externe et le bord interne, un peu sensible et douloureuse.

Point douloureux vésiculaire.

Foie un peu gros.

Pointe de hernie bilatérale.

Examen général négatif par ailleurs.

Radioscopie : le 6 mars 1934. Aérocolie gauche. Estomac sans déformation ni liquide à jeun, avec arrêt persistant au niveau du genu inferius, mouvements de va-et-vient et évacuation ultérieure. par grosses bouchées.

A 17 heures : Baryte dans le cæco ascendant et dans le transverse, ce dernier ayant un aspect filiforme.

Le lendemain : Ascendant évacué mais bas-fond cæcal injecté, bas situé et douloureux à la palpation en position debout et couchée. Tout le reste du gros intestin est injecté et un peu contourné.

Le surlendemain : Intestin complètement évacué à l'exception d'une tache de baryte occupant le bas-fond cæcal, très douloureux à la palpation.

OBSERVATION 17.

Colite avec spasme duodéal.

M^{me} D..., 25 ans, a été opérée d'appendicite en février 1934. Depuis ce temps elle se plaint de douleurs épigastriques, survenant 2 à 3 heures après les repas, mais surtout dans l'après-midi quelquefois la nuit, à type de brûlures, de pesanteur épigastrique.

Ces douleurs s'accompagnent de bâillements, de céphalée, de digestions lentes et pénibles, et surtout d'un amaigrissement (3 kgr. en 4 mois).

Pas de vomissements, ni de nausées.

Constipation opiniâtre soignée par du sulfate de soude.

La malade vient consulter pour tous ces troubles le 7 juin 1934, c'est-à-dire 4 mois après leur apparition.

Examen : gargouillement dans les 2 fosses iliaques. Côlon un peu sensible sur tout le cadre.

Douleur plus nette, sous le rebord costal droit et au creux épigastrique.

Foie normal.

Dans les antécédents, on note un ictère catarrhal à l'âge de 8 ans.

Règles normales depuis l'âge de 14 ans.

Radioscopie le 12 juin 1934 : Ptose gastrique marquée. Le bulbe ne s'injecte pas pendant les premières minutes de l'examen ; il est haut situé. Il existe des mouvements de va-et-vient très nets de D² en D¹.

A 17 heures : La baryte occupe le cæcum qui est très fortement injecté.

Le lendemain : L'intestin est injecté jusqu'à la fin du descendant. Transverse très ptosé.

Revue le 2 juillet 1934 après un traitement médical de la colite ; ne souffre plus.

Aucune sensibilité abdominale.

OBSERVATION 18.

Spasme duodénal avec colite droite et signes appendiculaires.

M. M..., 43 ans, vient consulter le 20 mai 1933 pour douleurs survenant environ 2 heures après les repas, siégeant environ à 5 cm. au-dessous des côtes, sur la ligne mamelonnaire, irradiant en arrière, calmées par la position couchée. Ces douleurs ont débuté, il y a environ un an. Elles ne sont pas influencées par la nature des aliments, ne s'accompagnent ni de vomissements ni de nausées.

Dans les antécédents, on note des crises d'entérite ayant débuté pendant la guerre et actuellement calmées.

Le malade aurait eu du diabète il y a 20 ans.

L'examen montre une douleur appendiculaire très nette avec défense abdominale.

Radioscopie le 23 mai 1933. Estomac très allongé se contractant bientôt énergiquement, mais avec arrêt au niveau du genu inferius et mouvements de va-et-vient.

A 17 heures : La baryte occupe le cæcum et tout le côlon jusqu'au sigmoïde. Bas-fond gastrique au-dessous du transverse, contenant encore de la baryte.

Le lendemain : Tout le gros intestin est injecté et spasmé. Douleurs dans le flanc droit, en position debout.

Le surlendemain, tout l'intestin est évacué.

OBSERVATION 19.

Douleurs épigastriques. Spasme duodénal et signes appendiculaires.

M^{me} R..., 20 ans, vient consulter le 7 décembre 1933 pour des douleurs épigastriques, sans irradiations caractéristiques, à type de brûlures, assez violentes, non calmées par les alcalins. Ces douleurs apparaissent 1 à 2 heures avant les repas et sont calmées par l'ingestion d'aliments. Elles s'accompagnent de nausées et, très rarement, de vomissements.

Ces douleurs sont quotidiennes depuis 3 mois. Auparavant, la

malade souffrait de l'estomac depuis très longtemps, par intermittences.

L'examen montre une douleur au creux épigastrique et dans la région vésiculaire.

Une douleur à la palpation du cæcum et de la fin du descendant.
Foie normal.

Radioscopie le 12 décembre 1933 : Petit estomac se contractant rapidement et énergiquement ; arrêt persistant au niveau du genu inferius avec mouvements de va-et-vient très nets.

A 17 heures : Estomac et grêle évacués. Baryte dans le cæco-ascendant et dans la partie supérieure du descendant. Appendice visible.

Le lendemain : L'intestin est évacué à l'exception d'une petite tache à droite, douloureuse à la pression, en position debout et couchée.

OBSERVATION 20.

Douleurs épigastriques. Spasme duodénal avec signes radiologiques d'appendicite.

M. B..., 31 ans, vient consulter le 23 janvier 1934 pour des douleurs épigastriques, apparaissant avant les repas et atténuées par l'ingestion d'aliments. Ces douleurs durent depuis 2 ans et évoluent par crises de 10-15 jours tous les 6 mois.

Dans les antécédents, on note de l'entérite dans l'enfance.

Rien dans les antécédents familiaux.

L'examen montre l'absence de points douloureux abdominaux.

Radioscopie le 23 janvier 1934. Petit estomac à contractions d'emblée énergiques, avec arrêt très prolongé au niveau du genu inferius et grosse dilatation à ce niveau. Mouvements de va-et-vient extrêmement nets sans aucun passage, au début. Bonne évacuation ultérieure.

A 17 heures : Estomac et grêle évacués, baryte dans le cæco-ascendant. Appendice non visible.

Le lendemain : La plus grande partie de l'intestin est évacuée. La baryte occupe surtout l'ampoule rectale. Il en persiste, en outre, une tache dans le bas-fond cæcal, avec appendice visible et légèrement sensible, et une petite quantité dans l'angle hépatique.

OBSERVATION 21.

Spasme duodénal avec signes cliniques et radiologiques d'appendicite.

M. K..., 26 ans, vient consulter le 26 juin 1934 pour pesanteur et flatulence après les repas. Ces troubles durent depuis 4 ans ; ils évoluent par période de 15 jours à un mois, séparés par des intervalles variables pendant lesquels le malade n'éprouve aucun trouble.

Pas de douleur ni de vomissements.

Selles régulières mais pateuses, fétides et décolorées parfois.

Rien dans les antécédents personnels et familiaux.

° *A l'examen* : abdomen souple.

Point douloureux appendiculaire peu net.

Point douloureux épigastrique.

Manœuvre de Murphy positive.

Pas de point para ombilical droit.

L'examen général est négatif.

Radioscopie le 29 juin 1934 : Estomac de dimensions moyennes sans déformation, ni liquide à jeun, un peu atone au début, puis s'évacuant à peu près normalement, mais avec arrêt momentané au niveau du genu inferius et, à certains moments, mouvements de va-et-vient nets.

A 17 heures : La baryte occupe le cæcum, le transverse qui est très ptosé et dont l'angle splénique est haut situé.

Le lendemain : le cadre colique est injecté du bas-fond cæcal à l'ampoule rectale. Le bas-fond cæcal est douloureux à la palpation en position debout et couchée.

Le surlendemain : Tout l'intestin est injecté, du transverse à l'ampoule rectale. Appendice visible et douloureux à la palpation en position debout et couchée.

OBSERVATION 22.

Spasme duodénal et stase cœcale douloureuse.

M. D..., 25 ans, vient consulter le 30 avril 1934 pour des douleurs épigastriques à type de brûlures accompagnées de ballonne-

ment, d'éruclations. Ces douleurs durent depuis un an, elles sont quotidiennes, sans interruption depuis ce temps. Au début elles survenaient 1 heure après les repas, actuellement elles sont permanentes.

En outre le malade se plaint de constipation rebelle.

A l'examen : Cæcum douloureux.

L'examen général est négatif.

Radioscopie le 1^{er} mai 1934. Estomac à surprise pylorique, puis évacuation énergique de l'antré. Spasme momentané du bulbe, puis évacuation par grosses bouchées, sans arrêt prolongé au niveau du genu inferius ni mouvements de va-et-vient.

A 17 heures : La baryte occupe le cæcum et le côlon transverse.

Le lendemain : Tout le cadre colique est injecté. Bas-fond cæcal très bas situé. Douleur à la partie moyenne du cæco ascendant en position debout et couchée.

Le surlendemain : Tout l'intestin est évacué à l'exception de l'ampoule rectale fortement injectée, et d'une tache dans le bas-fond cæcal douloureux à la palpation en position debout et couchée.

Une nouvelle radioscopie pratiquée un mois après le 12 juin 1934, montre des lésions plus accentuées et, cette fois, la présence d'un spasme duodénal. En effet : Remplissage en neige léger. Contractions assez énergiques mais sans évacuation en rapport. Arrêt au niveau du genu inferius et ébauche de va-et-vient, assez longtemps après le début de l'examen.

A 17 heures : Il persiste un très léger résidu baryté dans le bas-fond gastrique. Cæcum et angle colique droit injectés.

Le lendemain : Persistance de la baryte dans la partie supérieure du côlon descendant et dans l'ampoule rectale. Bas-fond cæcal encore injecté et douloureux à la palpation en position debout et couchée.

OBSERVATION 23.

Spasme duodénal

avec signes cliniques et radiologiques de colite.

M^{me} J..., 22 ans, vient consulter le 11 mars 1934 pour des douleurs de la fosse iliaque droite. Elles durent depuis 2 ans. Elles sont à

type d'élancements, surtout marquées au moment des règles, avec irradiations ascendantes et lombaires.

Elles sont accompagnées d'un léger subictère, de céphalée occipitale.

Elles sont accompagnées surtout de selles irrégulières, alternatives de diarrhée et de constipation.

Au début elles survenaient par crises irrégulières de 4-5 jours. Depuis 2 mois, elles sont continues.

Dans les antécédents on note, outre une congestion pulmonaire à 18 ans, une grossesse avec albuminurie et troubles oculaires. Après l'accouchement les douleurs se sont accentuées, sans qu'il y ait eu de troubles fonctionnels du côté de l'utérus.

Mari atteint de crises comitiales. Un enfant bien portant.

A l'examen : sensibilité utérine et surtout iliaque droite.

Examen général négatif.

Radioscopie le 10 avril 1934. Petit estomac sans déformation ni liquide à jeun, à contractions précoces de l'antré, mais arrêt persistant au niveau du genu inferius avec mouvements très nets de va-et-vient.

A 17 heures : La baryte occupe le cæco ascendant et le transverse. Bas-fond cæcal douloureux à la pression.

Le lendemain : Partie droite de l'intestin en voie d'évacuation. Douleur nette sur le bas-fond cæcal en position debout et couchée.

OBSERVATION 24.

Spasme duodénal

avec signes cliniques et radiologiques d'appendicite.

M. C..., 24 ans, est envoyé par son médecin le 26 juin 1933 pour douleurs, survenant aussitôt après les repas, à type de barre épigastrique, suivies de coliques abdominales 3 à 4 heures après, avec maximum à la fosse iliaque droite.

Ces douleurs durent depuis un an.

Elles s'accompagnent : de régurgitations acides et, assez rarement, de vomissements alimentaires.

Amaigrissement.

Pas de troubles de l'appétit.

Pas de constipation.

Dans les antécédents on note, outre une blennorrhagie datant de 1 mois, une syphilis pour laquelle le malade est soigné à Saint-Louis depuis 19 mois.

A l'examen : Point appendiculaire très marqué, dans toutes les positions.

Radioscopie le 27 juin 1933. Estomac sans déformations, à contractions d'emblée énergiques, mais avec spasme très prolongé au niveau du bulbe qui présente une petite tache. Au moment de la cessation du spasme, arrêt au niveau du genu inferius, ébauche de mouvements de va-et-vient, puis évacuation par grosses bouchées.

A 17 heures : Baryte dans le cæcum, le côlon ascendant, le début du transverse. Persistance de l'injection des dernières anses grêles. Douleurs dans la région cæcale.

Le lendemain : Tout l'intestin est évacué, à l'exception de l'ascendant qui conserve de la baryte diffuse. Douleur nette sur le bas-fond en position debout et couchée.

OBSERVATION 25.

Spasme duodénal constaté chez une malade n'ayant aucun signe clinique ou radiologique d'appendicite. Apparition ultérieure de ceux-ci.

M^{me} P..., 30 ans, mécanicienne, vient consulter le 15 mars 1934 pour des troubles digestifs. Depuis plusieurs années, elle souffre de l'estomac, de façon irrégulière, à n'importe quel moment de la journée.

En outre, en décembre 1933, des douleurs post-prandiales particulièrement vives sont apparues à la suite d'une ingestion de moules et ont été suivies le lendemain, d'une poussée d'urticaire avec œdème palpébral ayant duré quelques heures.

15 jours après, à la suite d'ingestion de morue, apparition immédiate de crampes épigastriques, suivies le lendemain de violentes douleurs sous-costales droites, d'une durée de 24 heures.

Nouvelle crise, un mois plus tard, ayant les mêmes caractères, après ingestion d'escargots.

Enfin le 15 mars 1934 les douleurs récidivent et amènent la

malade à consulter. Entre ces dernières crises, bonne santé absolue.

Dans les antécédents on note un érysipèle il y a 15 ans.

Règles normales.

Aucun antécédent pathologique héréditaire ou familial. N'a pas d'enfants.

Examen : Ventre souple, complètement indolore ; Pas de point appendiculaire ; Manœuvre de Murphy négative ; Foie non augmenté de volume.

Examen général négatif.

Radioscopie le 20 mars 1934 : Légère aérogastrie. Remplissage en cascade, sans déformation de l'estomac. Contractions rapidement énergiques de l'antré, avec arrêt très prolongé au niveau du genu inferius et mouvements de va-et-vient extrêmement nets.

La 2^e portion duodénale est courte et fortement oblique en bas, à droite. Faible évacuation ultérieure.

A 17 heures : Baryte dans le gros intestin jusqu'à l'angle gauche ; cæcum bas situé.

Le lendemain : Tout le cadre colique est injecté. Intestin très ptosé.

Le surlendemain, toute la baryte est évacuée à l'exception du bas-fond cæcal, non douloureux à la palpation.

La malade est revue un mois après. Elle va mieux ; mais a eu de nouveau des crampes épigastriques ayant duré un jour, après absorption de vinaigrette.

Radioscopie le 24 avril 1934 (malade ayant ses règles). Persistance d'une coudure de la 2^e portion qui paraît attirée sous le foie ; arrêt momentané au niveau du bulbe et du genu inferius sans mouvements de va-et-vient nets. Bonne évacuation par expression.

La malade est revue, de nouveau, le 28 mai. Elle n'a pas eu de douleurs depuis le dernier examen il y a un mois, mais elle a maigri de 800 gr.

L'examen montre, cette fois, un point appendiculaire.

Radioscopie le 29 mai : Estomac un peu allongé sans liquide à jeun, ni déformation, à contractions rapidement énergiques de l'antré ; mais spasme du bulbe, puis injection de D₂ oblique en bas et en dehors avec mouvements de va-et-vient et évacuation par grosses bouchées après expression.

A 17 heures : Les anses grêles sont évacuées. La baryte occupe le cæcum et la moitié droite du transverse.

Le lendemain, tout l'intestin est encore injecté. Bas-fond cæcal très sensible en position debout et couchée.

Le surlendemain, il ne persiste que des traces de baryte diffuse dans le bas-fond cæcal (aspect marécageux).

OBSERVATION 26.

Spasme duodénal

avec signes cliniques et radiologiques d'appendicite.

M^{lle} E..., 14 ans 1/2, vient consulter le 8 mars 1933 pour douleurs abdominales, siégeant à tout l'abdomen, non influencées par les repas. Ces douleurs durent depuis un an ; d'abord irrégulières, elles sont quotidiennes depuis 15 jours.

Pas de vomissements.

Pas de constipation.

Règles normales depuis l'âge de 13 ans.

Examen : Point appendiculaire très net en toutes positions.

Radioscopie le 7 mars 1933. Estomac complètement atone au début, ne s'évacuant qu'après décubitus latéral droit ; arrêt au niveau du genu inferius et mouvements de va-et-vient. Liquide d'hypersécrétion. Pas de retard d'évacuation gastrique. «

Le lendemain : Baryte dans l'ampoule rectale, mais stase cæcale avec appendice visible et point douloureux, en position debout et couchée, au niveau de son insertion.

OBSERVATION 27.

Spasme duodénal chez un malade ayant des signes de cholécystite avec ictère. Signes radiologiques d'appendicite.

M. A..., 43 ans, est envoyé par son médecin, le 20 octobre 1932 pour un ictère durant depuis le mois de juin 1932, c'est-à-dire depuis 5 mois.

L'interrogatoire révèle chez ce malade un long passé digestif. En

effet, depuis 1918, il souffre de l'estomac, par crises de 10-15 jours espacées de 4-6-12 mois, laps de temps pendant lequel le malade ne souffre pas et mange ce qu'il veut. Ces crises sont caractérisées par une douleur épigastrique sous forme de brûlure, sans irradiations, survenant 1 à 2 heures après les repas, calmée par des vomissements alimentaires glaireux ou acides. Pendant chaque crise, le malade ne s'est jamais soigné, malgré l'amaigrissement qui en résultait.

Au mois de mai 1932, sont apparues des douleurs dans le flanc droit, survenant par crises de 2 à 3 jours, puis se succédant plus rapidement pour devenir subintrantes vers le mois de juin. Ces douleurs sont sans horaire précis, siègent sous le rebord costal droit et dans le dos, sans irradiations ascendantes, se terminent spontanément sans vomissements.

Un mois après le début de ces douleurs est apparu l'ictère. Depuis ce moment les douleurs ont cessé, et le malade n'a plus souffert. C'est un ictère franc, cutanéomuqueux. Urines colorées contenant pigments et sels biliaires et de l'urobiline.

Matières décolorées, actuellement légèrement grisâtres.

Pouls à 60.

Prurit intense au mois d'août, actuellement disparu.

Depuis son apparition, l'ictère a augmenté progressivement jusqu'au mois d'août, sans poussées ni rémission, sans fièvre ni frissons.

La température prise régulièrement par le malade, n'a pas dépassé 37°4. Depuis le mois d'août, après une saison à la mer, l'ictère a légèrement diminué.

Pendant toute cette évolution : amaigrissement de 10 kgr. 300 fatigue rendant tout travail impossible. Appétit relativement conservé.

Antécédents : gazé par ypérite en 1918. Pensionné pour sclérose pulmonaire. Femme bien portante. Pas d'enfants.

Examen le 20 octobre 1932 : Ictère franc cutanéomuqueux.

Abdomen : Point douloureux épigastrique ; contracture très nette du flanc droit avec point douloureux dans la région vésiculaire.

Examen complet négatif.

Tubage duodénal : essayé le 22 octobre 1932 ne ramène que du suc gastrique. Vérification faite par la radioscopie, l'olive est restée dans l'estomac.

Radioscopie le 25 octobre : Aérocolie. Estomac mobile sans déformation, se contractant bientôt très énergiquement, avec arrêt persistant au niveau du bulbe d'abord, puis au niveau du genu inferius avec mouvements de va-et-vient et, semble-t-il, déformation de la 2^e portion par compression.

A 17 heures : il reste une certaine quantité de baryte dans l'estomac. Le cæcum est injecté avec point douloureux appendiculaire. Il remonte haut, sous le foie, avec aspect marécageux, et douleur au niveau de l'angle sous-hépatique. Côlon descendant injecté. Il existe déjà une grosse quantité de baryte dans l'ampoule rectale.

Le lendemain, il persiste des traces de baryte dans tout le gros intestin et, en particulier, quelques taches en chapelet dans le cæco-ascendant, mais seule l'ampoule rectale est assez fortement injectée.

A la radiographie avec tétraïode : vésicule non visible.

OBSERVATION 28.

Spasme duodénal chez une malade opérée d'appendicectomie, mais avec stase cæcale. Disparition du spasme par un traitement médical de celle-ci.

M^{me} L..., 58 ans, a été opérée en 1926 d'appendicite. A peu près depuis cette époque, elle ressent des douleurs à type de brûlure, siégeant au creux épigastrique, avec irradiations rétro-sternales. Elles apparaissent sans horaire net, cependant plus souvent 4 à 6 heures après les repas. Elles étaient d'abord intermittentes, mais depuis une époque que la malade ne peut préciser, elles sont devenues à peu près quotidiennes avec tout au plus 1 à 2 jours de rémission.

Elles s'accompagnent d'éruclations et de salivation abondantes, de vertiges, parfois d'un peu de subictère.

En outre, constipation tenace.

Pour l'ensemble de ces troubles, la malade vient consulter le 14 mars 1934.

Dans les antécédents on note, il y a 25 ans un séjour en Indo-Chine, dont la malade ne put supporter le climat et où elle aurait eu un début de dysenterie (?)

Réglée de façon normale de 17 à 57 ans.

Ménopause il y a 1 an sans incidents.

Aucuns antécédents héréditaires ou familiaux.

Examen entièrement négatif.

Radioscopie le 14 mars 1934. Estomac allongé, complètement atone au début, ne s'évacuant qu'après séjour en décubitus latéral droit. Arrêt au niveau du genu inferius, avec mouvements de va-et-vient extrêmement nets et évacuation par grosses bouchées.

A 17 heures : Baryte dans le gros intestin jusqu'à la moitié droite du transverse. Douleur à la pression du bas-fond cæcal haut situé.

Le lendemain : Toute la partie droite de l'intestin est évacuée, à l'exception d'une petite tache de baryte en cupule, au niveau du bas-fond cæcal haut situé sous le foie. Partie gauche entièrement injectée depuis l'angle splénique très haut situé.

La malade est soumise à un régime végétarien et à un traitement de désinfection intestinale, et revient un mois plus tard, en avril 1934. Elle va beaucoup mieux.

Radioscopie le 17 avril 1934 : Petit estomac à contractions assez précoces et bonne évacuation, sans arrêt au niveau du genu inferius ni mouvements de va-et-vient.

Le lendemain, tout le cadre colique est injecté jusqu'à l'ampoule rectale, à l'exception du cæco-ascendant en grande partie évacué.

OBSERVATION 29.

Spasme duodénal avec colite droite.

M^{lle} M..., 19 ans, vient consulter le 14 avril 1932 pour douleurs abdominales, apparues depuis un mois. Elles sont diffuses à tout l'abdomen mais surtout marquées à la fosse iliaque droite.

En outre : constipation marquée ; fatigue générale ; amaigrissement.

Dans les antécédents on note des pertes blanches fréquentes.

Assez mal réglée (2 fois par mois).

L'examen montre un gargouillement de la fosse iliaque droite.

Radioscopie le 21 juin 1932 : Estomac ptosé à 2 travers de doigts au-dessous des crêtes iliaques avec contractions très énergiques ; Arrêt prolongé au niveau du genu inferius et mouvements de va-et-vient.

A 17 heures : Il persiste de la baryte en grande quantité dans l'estomac. Le cæcum est injecté ainsi que le début du transverse. Tous deux sont spasmes. Rien dans le descendant.

Ampoule rectale injectée.

Le lendemain : Il persiste de la baryte dans le bas-fond cæcal bas situé, et une petite quantité dans l'ampoule rectale.

OBSERVATION 30.

Spasme duodénal avec stase cæcale.

M. B..., 19 ans, vient consulter le 19 février 1934 pour des douleurs en ceinture de la région lombaire. En outre, il se plaint de fatigue surtout marquée le soir, après le travail.

Examen, abdomen : Cæcum gros ; aucun point douloureux. Aucun point douloureux sur la colonne vertébrale. Pas de rigidité.

Examen général négatif.

Radioscopie le 20 février 1934. Pas de lésions pulmonaires. Estomac sans liquide à jeun, en coupe de champagne, avec contractions énergiques, mais arrêt momentané au niveau du genu inferius, ébauche de mouvements de va-et-vient puis évacuation par grosses bouchées.

A 17 heures : Baryte dans la terminaison du grêle et dans le gros intestin jusqu'à la 1/2 droite du transverse.

Le lendemain : Partie droite de l'intestin évacuée à l'exception du bas-fond cæcal fortement injecté. Angle gauche et ampoule rectale injectés.

Le surlendemain : Stase cæcale sans aucun point douloureux.

Conclusions.

Des observations que nous apportons et de l'ensemble de nos recherches, nous pouvons conclure :

1^o Au cours de l'appendicite chronique et des inflammations du côlon droit, les signes gastro-duodénaux, tant subjectifs qu'objectifs, cliniques et radiologiques, sont particulièrement fréquents. La radiologie permet de constater, par le transit digestif complet, que ces manifestations à distance sont sous la dépendance de spasmes duodénaux.

2^o Ces spasmes se caractérisent essentiellement par un arrêt prolongé de la baryte au genu inferius, avec mouvements de va-et-vient dans la 2^e portion et retard à l'évacuation, qui se fait par grosses bouchées.

3^o S'ils sont parfois dus à une périduodénite ou à une sténose sous-vatérienne incomplète, ils paraissent, dans la plupart des cas, liés à une compression légère du duodénum avec irritation de ses parois, par une adénopathie inflammatoire mésentérique.

4^o Celle-ci est elle-même en rapport direct avec une inflammation chronique de l'appendice et du côlon droit.

5^o Il en résulte qu'on peut attribuer aux spasmes duodénaux une grande valeur seméiologique pour le diagnostic de ces affections. Ils permettent de rattacher au carrefour iléo-cæcal les troubles dyspeptiques observés, et de poser parfois un diagnostic d'appendicite, dans l'intervalle des crises, en l'absence de tout signe de la fosse iliaque droite.

6° En attirant ainsi immédiatement l'attention sur l'appendice et le côlon droit, dans les dyspepsies dont la cause n'apparaît pas par ailleurs, ils permettent de traiter précocement l'affection originelle et par là :

- d'espérer une guérison de la dyspepsie ;
- d'éviter une crise aiguë dont « l'avenir est imprévisible ».
- d'éviter l'installation de lésions duodénales définitives et ultérieurement, dans une certaine mesure, les séquelles douloureuses de l'appendicectomie.

Vu : le Président de la thèse,
FIESSINGER.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AARON. — Appendicite chronique. Spasme pylorique et ulcus duodénal *Journal of American medical Association*, 29 mai 1915.
- AGRIFOGLIO. — Contribution à l'étude des sténoses chroniques du duodénum par périviscérite. *Archivio italiano di chirurgia*, 1^{er} janvier 32.
- APPELMANS, VAN GOLDSENHOVEN et BOINE. — Contribution à l'étude des sténoses chroniques du duodénum. *Revue belge des Sciences médicales*, janvier 1930.
- ARBEIT. — Syndromes gastralgiques de l'appendicite chronique. *Thèse Paris*, 1924.
- AUBOURG. — Radiographie de l'intestin. *Archives d'Electricité médicale*, 5 juillet 1911.
- BASSET. — Périduodénite et appendicite. *Archives des Maladies de l'appareil digestif*, 1925, p. 893.
- 10 observations de périduodénite. *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, 25 novembre 1925.
- BAUMEL. — Diagnostic clinique et radiologique des appendicites chroniques.
- BAUMEL et ROUX. — Les périviscérites digestives essentielles. *Arch. des Mal. de l'app. digestif*, 1932, p. 957.
- BÉCLÈRE. — Exploration du tube digestif dans les affections chirurgicales. *Arch. d'Electricité médicale*, 1912, p. 488.
- BÉCLÈRE et PORCHER. — La radiologie duodénale en dehors de l'ulcus. *Arch. d'Electricité médicale*, 1926, p. 296.
- BÉDOS. — Contribution à l'étude des sténoses pyloro-duodénales d'origine hépato-biliaires. *Thèse Lyon*, 1928-1929.
- BERSTEIN. — Pseudo-sténoses spasmodiques du duodénum. *Fortsch. auf dem gebiete der Roentgen.*, février 1926.

- BERT (Paul). — Stase duodénale et ulcère. Travail de la clinique chirurgicale de l'Université de Gand. *Journal de Chirurgie*, 1933, p. 547.
- DE BEULE. — La stase duodénale chronique. *Bruxelles médical*, t. XII, nos 12-13-14, 1931 ; *Société belge de Gastro-entérologie*, juin 1931 ; *Arch. Mal. app. digestif*, 1931, p. 1103.
- BLAMOUTIERS. — Les mouvements antipéristaltiques normaux et pathologiques de l'intestin. *Thèse Paris*, 1924.
- BODE. — Adhérences périoduodénales. *Beitrag Z. Klin. chir.*, 1921.
- BORCESCO, BÉCLÈRE, PORCHER. — Les mouvements du duodénum. *Arch. Mal. app. digestif*, 1927, p. 630.
- BRAITHWAITE. — Origine lymphatique des ulcères duodénaux. *British journal of surgery*, 1923, n° 41, p. 7.
- BRIAN. — Adénopathie mésentérique et stase intestinale. *Thèse Paris*, 1925.
- BRODIN, LAROCHE, RONNEAUX. — Etude critique de l'appendicite chronique. *Presse médicale*, 8 avril 1922.
- BRODIN et TEDESCO (M^{me}). — Les spasmes duodénaux dans l'appendicite chronique et les inflammations du côlon droit. *Société de Gastro-entérologie*, juin 1934.
- BRULÉ et GARBAN. — Hépatites et cholécystites d'origine intestinale. *Presse médicale*, 3 février 1921.
- Bulletins et Mémoires de la Société de Radiologie médicale de France*, 1932-1933.
- CARMAN. — Spasme de l'estomac et du duodénum au point de vue radio-diagnostic. *Journal of Amer. med. assoc.*, 1915, vol. LXVI, p. 1287.
- CARNOT. — Les périviscérités digestives. Baillière, 1926.
- CASE. — Observations radiologiques sur le duodénum. *Revue de Radiologie médicale*, 1916, p. 497.
- CHIRAY et SEMELAIGNE. — Cholécystites chroniques non calculeuses. *Presse médicale*, 12 août 1922.
- CHIRAY. — Les trois cholécystites chroniques. *Journal médical français*, mai 1923.
- Péricholécystite plastique. *Annales de Médecine*, 1927, p. 5.
- CLARKE. — Quelques observations sur l'influence de l'irritation intestinale sur les régions gastrique et duodénale. *Calif. and West. Med.*, oct. 1926, p. 480.

- CODMAN. — Chronic obstruction of the duodenum by the root of the
Mésentery. *Boston med. and surg. journ.*, 1908, p. 503.
- CONGRÈS français de Chirurgie :
1911. Appendicite chronique. Diagnostic et traitement.
1927. Péricôlites chroniques.
- CORNIOLEY. — Contribution à l'étude des adénites aiguës du mésentère,
de nature non spécifique. *Arch. Mal. app. dig.*, 1927, p. 151.
- DALSACE. — Hématémèses et méloenas au cours de l'appendicite chro-
nique. *Soc. Méd. Paris*, 14 janvier 1927.
- DAN BERCEANU. — Les relations lymphatiques entre l'appendice et la
région duodéno-pancréatique. *Revue de Chirurgie*, 1924, p. 356.
- DEMOLE. — Sur l'origine des hématémèses. *Thèse Paris*, 1931.
- DELHERM et MOREL-KAHN. — Etude radiologique et aperçu clinique
sur les anomalies de position et de forme du duodénum. *Arch.
Mal. app. dig.*, 1923.
- DESCOMPS. — Sténose et stase duodénale. *Bull. Mém. Soc. Chir.*, 11 juin
1927, p. 810.
- DESCOMPS et TURNESCO. — Les vaisseaux lymphatiques du gros intestin
et leurs ganglions. *Bull. Mém. Soc. Chir.*, 1922, p. 1245.
- DILLENSEGER. — Etude sur le duodénum mobile. *Arch. d'Electricité
médicale*, 1929, p. 289.
- DIEULAFOY. — Appendicite et cholécystite. *Presse méd.*, juin 1903.
- DUPUY DE FRENELLE. — Appendicite, cœlite, périviscérite. Maloine,
1928.
- DURAND et BINET. — Appendicite et cholélithiasse. *Monde médical*,
1^{er} juin 1922.
— Typhlocholécystite chronique. *La Médecine pratique*, 31 mars
1924.
- DUVAL et BASSET. — Coexistence d'ulcus duodénal et de sténose de la
3^e portion par corde mésentérique. *Soc. Chir.*, 15 mars 1922.
- DUVAL et GATELLIER. — Sténoses chroniques sous-valériennes du duo-
dénium. *Arch. Mal. app. dig.*, 1921, p. 145.
— Périduodénite essentielle sténosante. *Arch. Mal. app. dig.*, 1925,
p. 826.
- DUVAL et ROUX. — Les crises de diarrhée dans les sténoses incomplètes
du duodénum. *Arch. Mal. app. dig.*, 1923, p. 996.
— De quelques accidents nerveux au cours de la rétention duodé-
nale. *Arch. Mal. app. dig.*, 14 juin 1926.

- Les deux variétés de périoduodénites essentielles sténosantes *Arch. Mal. app. dig.*, 1925, p. 886.
- Compression passagère du duodénum par adénopathie mésentérique. *Bull. Mém. Soc. Chir.*, 21 novembre 1934, n° 31, p. 1249.
- DUVAL, ROUX, BÉCLÈRE. — Les périoduodénites sous-mésocoliques essentielles. *Arch. Mal. app. dig.*, 1923, p. 364.
- Etude médico-radio-chirurgicale sur le duodénum. Masson, 1924.
- Radiologie clinique du tube digestif. I. Estomac, duodénum, 1927.
- ENRIQUEZ. — Les séquelles de l'appendicectomie. *Académie de Médecine*, 16 mars 1920.
- ENRIQUEZ et CARRIÉ. — Diagnostic différentiel des affections du carrefour vésiculo-duodéno-pylorique. *Journ. Méd. fr.*, 1923, p. 4.
- ENRIQUEZ, DURAND, KELLER. — Diagnostic par les radios en série des affections du carrefour sous-hépatique. *Soc. Méd. Hôp.*, 21 juillet 1922.
- ENRIQUEZ, GUTTMAN, ROUVIÈRE. — Vagotonie appendiculaire. *Soc. Méd. Hôp.*, 16 décembre 1921.
- ESTOR. — Diagnostic clinique et radiologique de l'appendicite chronique. *Thèse Montpellier*, 1927.
- ETCHEGORRY. — Le rôle de l'appendice dans le développement des voiles périoduodénaux. *Prensa medica argentina*, juillet 1927.
- EWALD. — Ulcus duodénal et dyspepsie appendiculaire. *Brit. Med. journ.*, 19 février 1910 ; 5 mars 1910.
- FANARDSCHEN. — Contribution à l'anatomie pathologique et au radio-diagnostic des rétrécissements duodénaux chroniques. *Arch. fur Klin. Chir.*, 2 juin 1931, p. 553.
- FAROY. — Les faux gastriques d'origine intestinale. *Presse Méd.*, 1918, n° 30.
- FAROY, BAUMANN, LEMAIRE. — Appendicite chronique, ses complications, son traitement. *Journ. Méd. fr.*, 1924.
- FÉRY. — Adénopathies appendiculaires. *Thèse Paris*, 1900.
- FIELD. — Phénomènes réflexes dans l'appendicite chronique. *Brit. journ. Radiol.*, oct. 1931, p. 504.
- FLANDRIN. — Complications de l'appendicite chronique. *Thèse Paris*, 1922.

- FOA. — Reperti radiologici in sindromi appendicolari e in sindromi associate colecisto-duodeno-appendicolari. *Bull. Soc. Piémont. chir.*, vol. II, 1933, p. 1167.
- FORSTER. — Troubles duodénaux par adhérences. *Mitt. aus dem. Grenz des med. und chir.*, 1920, n° 25, p. 587.
- FRAIKIN. — Troubles du fonctionnement pyloro-duodéal dans l'appendicite chronique. *Monde médical*, 1^{er} avril 1927.
- GALLASI. — Observations cliniques de syndromes associés d'ulcères gastriques, duodénaux, de cholécystites et d'appendicite. *Ann. Ital. chir.*, 31 décembre 1929, p. 1494.
- GAULTIER. — A propos de quelques cas de dyspepsie duodénale. *Arch. Mal. app. dig.*, 1927, p. 419.
- GIORDANO. — Ulcere piloro-duodenale con lesioni croniche indolenti della appendice. *Rinasc. Med.*, 1^{er} juillet 1921, p. 295.
- GOURSOLAS. — Formes dyspeptiques de l'appendicite chronique. Diagnostic différentiel. *Thèse Lyon*, 1910-1911.
- GUICHENÉ. — Les sténoses incomplètes du duodénum. *Thèse Bordeaux*, 1928.
- GUILLAUME. — Appendicite et pérityphlite. *Gaz. Hôp.*, 25 août 1923.
- GUTTMAN. — Syndromes douloureux de la région épigastrique. Paris, Doin, 1930.
- GUTTMAN, GARCIA-CALDERON, JOLIVET. — Les périoduodénites. Etude clinique et radiologique. *Bulletin médical*, 24-27 nov. 1926.
- HABERER. — Contribution à l'étude des sténoses duodénales chroniques. *Arch. fur Klin. chir.*, 1924, p. 191.
- HALLER. — Epiploïtes chroniques en rapport avec l'appendicite et la cœlite droite. *Thèse Paris*, 1910-1911.
- Périduodénite. *Soc. Chir. Paris*, 19 mars 1926.
- HAYES et SHAW. — Intermittent duodenal stenosis. *Radiology*, sept. 1929, p. 245.
- HEINRICHSEN. — Relations cliniques entre l'appendicite, la cholécystite et l'ulcère de l'estomac ou du duodénum. *Bruns beitrage zur Klin. chir.*, t. 140, n° 1, 1927, p. 149.
- HOLZKNECHT. — Diagnostic des sténoses duodénales. *Deutsch. Zeit. chir.*, mai 1910, p. 54.
- HUMPHY. — Dyspepsie et autres signes associés de la vésicule biliaire ou de l'appendice. *The brit. Med. journ.*, 6 mars 1920.

- HURST. — Chronic appendicitis and appendicular dyspepsia. *Guy's Hosp. Report*, oct. 1922.
- IMBODEN et SPILLMANN. — Obstruction chronique partielle du duodénum. *Arch. d'Electr. médicale*, 1928, p. 437.
- JACQUET et GALLY. — Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique. *Soc. Méd. Hôp.*, 8 juillet 1932 ; *Presse méd.*, 20 juillet 1932.
- JEAN. — La périduodénite et ses rapports avec la maladie d'A. Lane. *Arch. de Méd. et de Pharm. navales*, nov. 1919.
- KADRKA et BARDET. — Les périduodénites d'origine appendiculaire. *Arch. Mal. app. dig.*, avril 1934, p. 354.
- KELLOG. — Obstruction chronique du duodénum. *Annals of surgery*, mai 1921, p. 578.
- KRUCHEN. — Appendicite chronique au point de vue radiologique. *Fortschr. a d. geb. d. Roentgen.*, août 1932, p. 149.
- KUMMER. — Gastrorragies et entérorragies cryptogènes. *Bull. Mém. Soc. Chir.*, 1921, p. 1161.
- LANE. — Modifications de distension du duodénum dans la stase intestinale. *Surg. gynecol. and obst.*, mars 1911.
- Stase intestinale chronique. *Journ. Méd. Paris*, 29 décembre 1923.
- LARDENNOIS. — Péricôlites chroniques. *Congrès de Chirurgie*, 1927, p. 19.
- Périviscérites adhésives de l'abdomen. *Journ. Méd. fr.*, 1926, p. 61.
- LAROCHE, BRODIN, RONNEAUX. — A propos du diagnostic radiologique de l'appendicite chronique. *Soc. Méd. Hôp.*, 13 février 1921.
- LAROCHE et RONNEAUX. — La radiologie des voies biliaires. *Journ. Méd. fr.*, 1923, p. 218.
- LEITHAM GREEN. — The frequency with which chronic inflammatory trouble in the appendix gives rise to typical symptoms of gastric and duodenal ulcerations. *Birmingham Med. Review*, 1914, p. 20.
- LE NOIR et BELOUX. — Les spasmes pyloriques et duodénaux. *L'expansion scientifique française*, 1930.
- LE NOIR et BRODIN. — Le point para-ombilical droit recherché en mettant le malade en position verticale. Son importance pour le

diagnostic des lésions pyloro-duodénales. *Arch. Mal. app. dig.*, 1927, n° 9.

LE NOIR, GILSON et PARMENTIER (M^{lle}). — De certains spasmes localisés de la région pylorique et duodénale révélés par la radiologie. Leur interprétation. *III^e Congrès international de Radiologie*, 1931 ; *Presse méd.*, p. 1451.

LESCURE. — Contribution au diagnostic radiologique de l'appendicite chronique. *Thèse Paris*, 1923.

LEVEUF. — Occlusion chronique du duodénum par compression mésentérique. *Revue de Chirurgie*, 1920, p. 616.

LOEPER. — Pathologie digestive.

LOICQ. — Les périduodénites. *Soc. belge de Chirurgie*, 29 juin 1925, in *Annales de la Société*, t. XXXII.

LOTHEISEN. — *Wiener Med. Woch.*, 1926, n° 21, p. 634.

DE LUNA. — Syndromes duodénaux. *Marseille médical*, juillet-août 1923.

LYON. — Diagnostic de l'appendicite chronique. *Bull. Méd.*, 1925, p. 1137.

MAINGOT. — Syndrome radiologique pyloro-duodéal dans certaines appendicites chroniques. *Paris médical*, 7 février 1931.

MALLET, GUY et ROLLAND. — Périduodénite et appendicite. *Soc. nat. de Méd. de Lyon*, 26 janvier 1927 ; *Revue de Médecine*, 1928, p. 101.

MARFAN. — Sur le diagnostic des vomissements périodiques avec acétonémie. *Presse méd.*, 14 juin 1930.

DE MARTEL et ANTOINE. — Les fausses appendicites.

— Appendicite chronique. Clinique et traitement.

MATHIEU et ROUX. — Pathologie gastro-intestinale. Masson, 1923.

MAUCLAIRE. — Mésentérite sclérosante rétractile. *Gaz. Hôp.*, 7 mars 1922.

MAYO. — Ulcère chronique de l'estomac et du duodénum *Journ. of amer. med. assoc.*, oct. 1905.

MORRIS. — Réactions périduodénales. *Annales de Médecine*, 1905, p. 95.

MOSTI. — Mésentérite rétractile. *La Riforma medica*, 8 février 1926, p. 122.

MOUTIER et MAINGOT. — Diagnostic de l'ulcus duodéal. *Journ. méd. fr.*, 1923, p. 28.

- MOYNIHAN. — Remarques sur la dyspepsie appendiculaire. *Brit. Med. Journ.*, 29 janvier 1920.
- NORSA. — Appendicite cronica e sindromi piloro-duodenale. *Gaz. di Osp.*, 26 avril 1931, p. 517.
- OLTRAMARE. — Péricôlites chroniques. *Rapport au Congrès de Chirurgie*, 1927, p. 207.
- OPPENHEIMER. — Les signes radiologiques de l'appendicite chronique. *Fortschr. a. d. geb. d. Roentgen.*, t. 44, fasc. 5, p. 600.
- OUTLAND et CLENDENING. — Hématémèses par appendicite chronique. *Arch. of int. med.*, 1920, p. 273.
- PAGÈS. — Périviscérités digestives. *Soc. sciences méd. et biol. de Montpellier*, mai 1929.
- PERONA. — Appendicite et périoduodénite. *III^e Congrès international de Radiologie*. Paris, 1931.
- *Journal belge de Radiologie*, n° 20, 1931.
- PIOT, GOUBERT et PICARDA. — Diagnostic radiologique des périviscérités. *III^e Congrès int. de Radiologie*. Paris, 1931 ; *Presse méd.*, p. 1451.
- PŒNARU COPLESCO. — Les troubles gastriques d'origine appendiculaire latente. *Bull. Ac. Méd.*, 1927, p. 156.
- Pratique médico-chirurgicale*, t. III, 1931, p. 204. Sténoses incomplètes du duodénum (article de Gatellier).
- PRIBRAM. — Lymphangite péritonéale. *Presse méd.*, 28 décembre 1932, p. 1966.
- Lymphangite mésentérique. *Archiv für Klin. chir.*, 31 juillet 1930, p. 362.
- PRIZBRAM (Vienne). — Ve réunion de la Soc. allemande pour les maladies de l'appareil digestif. *Arch. Mal. app. dig.*, 1926, p. 445.
- RAMOND et DARQUIER. — Les duodénites considérées au point de vue étiologie et anatomi-pathologie. *Bull. Mém. Soc. méd. Hôp.* Paris, n° 28, 6 août 1925 ; *Revue de Médecine*, 1925, p. 1068.
- RAMOND et PARTURIER. — Réactions réflexes de la vésicule biliaire sur le tube digestif. *Presse médicale*, 13 mai 1925.
- Cholécystite et appendicite chronique. *Presse méd.*, 5 mai 1926.
- ROGER et RENAUX. — Antipéristaltisme duodénal. *Soc. méd. Hôp.*, 28 mai 1927.
- ROMME. — Occlusion duodénale chronique chez les ptosiques. *Presse méd.*, 24 janvier 1918.

- ROUX-BERGER. — Stase intestinale chronique. *Journal des Praticiens*, 1919, p. 2.
- SALIARI SANTE. — Pathol. Syntonie der rechten abdomen (Append. pyl. duod. Geschwur cholecyst.). *Mitt. Greuz. geb. chir. Med.*, 1927, p. 210.
- SALVIN. — Chronic appendicitis simulating peptic ulcer. *Med. journ. and record*, 16 mars 1927, p. 372.
- SANTORO. — Ectopie cæcale. Syndromes gastro-duodénaux cliniques et radiologiques d'appendicite sous-hépatique. *Arch. de radiologia*, 20 août 1932, p. 355.
- SHAINED. — Duodénospasm. *New-York med. journ. and record*, oct., 1927, p. 434.
- SHATTUCK et IMBODEN. — Obstruction chronique et intermittente du duodénum. *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 mars 1932, p. 943.
- SIREDEY. — Formes frustes de l'appendicite. *Soc. Méd. Hôp.*, 20 nov. 1903.
- SOUPAULT. — Les périoduodénites et leur traitement. *Journ. Méd. fr.*, février 1926, p. 76.
- TERRIS. — Les sténoses fonctionnelles du duodénum. *Thèse Paris*, 1925.
- TILLIER. — Le diagnostic radiologique de certains états spasmodiques du tube digestif. *Congrès de l'Assoc. fr. pour l'avancement des Sciences*, 1927.
- TRÉMOIÈRES et JOULIA. — Examen radiologique de l'appendicite chronique. *Journ. méd. fr.*, 1924.
- Les périviscérités. *Revue de Médecine*, 1926, p. 695.
- TRÉMOIÈRES et SALMON. — Diagnostic des syndromes douloureux du carrefour abdominal supérieur. *Revue de Médecine*, 1927, p. 1283.
- TRINCHERA. — Contribution à la pathologie des périoduodénites. *Archiv Ital. di chir.*, déc. 1927, p. 242.
- TYLER. — La stase duodénale. *Clin. Méd. and surg.*, 1931, p. 262.
- VADDER (DE). — Contribution à l'étude de l'obstruction duodénale chronique par la corde mésentérique. *Thèse Paris*, 1927.
- Etude sur la stase duodénale. *Revue de Chirurgie*, 1928, n° 7, p. 477.
- VAN GOLDSSENHOVEN (Louvain). — Les sténoses chroniques du duodénum. *Arch. Mal. app. dig.*, p. 867.

- VAUCHER. — Causes, signes et diagnostic des sténoses sous-vatériennes du duodénum. *Journ. Méd. de Paris*, 2 déc. 1922, p. 882.
- WALTHER. — Epiploïtes chroniques. *XIX^e Congrès de Chirurgie*, 1906, p. 169.
- WALTHER et SILHOL. — *Rapport au XXIV^e Congrès de Chirurgie*, 1911.
- WANTOCH. — Sur la sténose duodénale consécutive à une adénopathie tuberculeuse ou non de la racine du mésentère. *Deutsch. Zeit. fur chir.*, juillet 1930, p. 135.
- WHEELON. — Signes associés à la rétention duodénale ou à la mobilité inverse. *Journ. of the amer. med. assoc.*, 30 janvier 1926.
- WUSTMANN. — Periduodenitis und pericholécystis als folge recidivierten appendicitis. *Deutsche Roentgen*, 1932 ; *Fortschr. Roentg.*, 1932, p. 149.
- ZWEIG. — Triade abdominale : Ulcus, cholécystite, appendicite. *Arch. fur Verden.*, 1921, p. 128.

